

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR FŐSZERKESZTŐ ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: Közlemény a budapesti „Stefánia” gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekgyógyászati kórrajzok a gyermekorvostan köréből. *Johan Béla:* Vele született lymphosarkoma háromhetes csecsemő májában. 83. lap.

Torday Ferencz: A háborúnak és következményeinek befolyása Budapest gyermek-egészségügyére. 86. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület (II. rendes tudományos ülés 1921 január 22.-én). 88. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle.* *Belorvostan.* *Strauch:* Ac epehólyagműtétek javalatai. — *H. Schlesinger:* A köldök elhúzódsáról gyomorfekély eseteiben. — *Wilbrand:* A nyers hagyma hatása a gyomoremésztésre. — *Gyermekorvostan.* *Göppert:* A szomjúság jelentőségéről az intoxicatio megnyilvánulásában. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 89. lap.

Vegyes hírek. 89. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti „Stefánia” gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekgyógyászati kórrajzok a gyermekorvostan köréből.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

Szerkeszti: *Bókay János* dr., egyet. nyilv. r. tanár.

IV.

Vele született lymphosarkoma háromhetes csecsemő májában.

Írta: *Johan Béla* dr., egyet. magántanár, a kórház boncznok-főorvosa.

Az újszülöttek daganatairól szóló irodalmat áttekintve, azt találjuk, hogy az elég gazdag casuistikai közleményekben. A közlemények legnagyobb része jóindulatú daganatokról referál. Úgy gondolom azonban, hogy mindazok a képletek, a melyekről mint „veleszületett daganatokról” megemlékeznek, nem kétségtelenül valódi daganatok, lehet, hogy csak fejlődési hibák. Ide sorozhatjuk például az úgynevezett hypernephromák nagy részét, a melyek csecsemőkben a széles méhszalagban, a ductus deferens mentén, a vesében elég gyakoriak. Az idősebb korban, különösen a méhszalagban sokkal ritkábbak s így feltételezhető, hogy visszafejlődtek s nem mutattak folytonos növekedést, a mi pedig a daganatoknak igen fontos tulajdonsága. A bőr veleszületett úgynevezett haemangiomaínak egy része valószínűleg szintén nem daganat, hanem teleangiectasia.

Ha az ilyen és ehhez hasonló, daganatként leírt képleteket leszámítjuk, akkor máris erősen csökken a veleszületett valódi daganatok száma, bár kétségtelen, hogy sokszor igen nehéz dönteni azon kérdésben, hogy egy ilyen veleszületett képletet daganatnak tartsunk-e, vagy sem. Könnyű a kérdés eldöntése akkor, ha a szöveti vizsgálat azt mutatja, hogy nyomja a szomszédos szöveteket. Ekkor nem lehet kétségünk aziránt, hogy a képlet autonóm növekszik s így tehát valódi daganat. De ezt ritkán látjuk. Nem tartozik már ide annak a lehetőségnek az értékelése, hogy ezek a képletek később valódi daganatnak megfelelő önálló növekedésnek indulhatnak.

Eldöntetlen kérdés még az is, hogy milyen idős gyermek daganatát tartsuk még veleszületettnek. Felnőttek daganatainál a beteg bemondása alapján, más esetekből szerzett tapasztalataink segítségével és a histológiai vizsgálat adataiból sokszor hozzávetőlegesen tudunk következtetni a daganat korára. Csecsemők daganataira vonatkozólag egyrészt nagy ritkaságuk, másrészt az anamnesises adatok gyakran teljes hiánya miatt ilyen megállapításokat tenni nem tudunk; igen nehéz lesz megmondanunk, hogy például egy két éves gyermek bonczolásakor talált daganat a gyermek születésekor már megvolt-e? Biztosan csak azokat a daga-

natokat tarthatjuk veleszületettnek, melyeket újszülötteken találunk, illetve idősebb korban látjuk őket, de már a születéskor is konstatálhattuk jelenlétüket, vagy pedig olyan életkorban észleljük a daganatot, a mely korig a daganatnak a talált nagyságra való növekedése nem képzelhető el. Kétségtelen, hogy ez utóbbi csoportban tág tér nyílik az egyéni mérlegelésre és valószínű, hogy ezen alapon a tapasztalataink szerint gyorsan növekedő daganatok közül kevesebbet, a rendszeren lassan növekedők közül többet fogunk az igazi veleszületett daganatok közé sorozni.

A legszorosabb értelemben vett veleszületett daganatok közé azok az önálló növekedést elérő daganatok tartoznak, a melyeknek jelenlétét már az újszülöttön, vagy a pár hetes csecsemőn konstatálhattuk. Ebbe a csoportba tartozik az a daganat is, a melyet a Stefánia-gyermekekórház prosecturáján egy háromhetes csecsemőn észleltem.

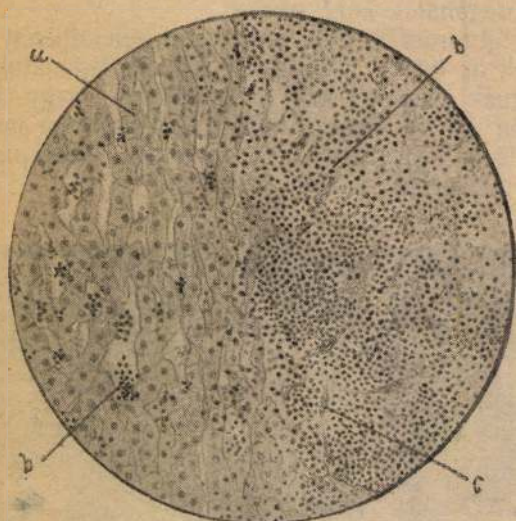


1. ábra.

* Minden jog fentartva.

A kórház kórtörténetének adatai szerint a háromhetes csecsemő anyja csak egy napja veszi észre, hogy a gyermek hasa nő. A gyermek erősen nyugtalan, nem alszik, nem szopik. Széklete zöldes, túrós. A kórházhoz képest gyengén fejlett, sovány csecsemő bőre és látható nyálkahártyái halványak, némi subicterusos árnyalattal. Turgora kicsi. Csontrendszere eltérést nem mutat. Mellkasi szervek felett se kopogtatási, se hallgatódzási eltérés nincs. Légzés nyugodt, szív működés agított. Érlökös nehezen tapintható. Has erősebben elődomborodik, jobb oldalán a májjal összefüggően harántul húzódó, gyermekkar vastagságú tömött tumor érezhető, mely a légzési mozgásokat követi; felette bélrészlet nem tapintható. A gyermek nagyon nyugtalan, nem táplálkozik, széke zöldes-nyálkás. Néhány órával a felvétel után fokozódó szívgyengeség tünetei közt meghalt.

A másnap végzett boncoláskor a gyengén fejlett csecsemő hasüregének megnyitása után feltűnt, hogy a máj alsó szélé majdnem a köldökig ér. E mellett a máj balra is megnagyobbodott. A gyomor csak a máj bal lebenyének felemelése után látszik. A belek leszorultak a hasüreg alsó részébe. A hasüregben kevés savó volt. A tüdők alsó lebeny-légszegény, vérbő, savóval beszűrődött. A máj úgy hossz-, mint haránt-irányban megnagyobbodott. (Lásd az 1. ábrát.) Felszínén lencsényi, ezüstkoronányi, laposan elődomborodó területeket látunk. Ezek kisebb része fehéres szövetből áll, nagyobb része ellentétben sötétszederjes, majdnem fekete. Bemetszve kiderül, hogy ezeknek a területeknek a májállományban levő daganatcsomók felelnek meg. Ezek azonban nemcsak a felszínen láthatók, hanem megvannak beljebb a máj állományában is. Legnagyobb számmal a máj szabad szélén s a szomszédos részletekben vannak, fel- és hátrafelé kisebb számmal. A máj előbbi részén a májállomány helyét szinte teljesen elfoglalják ezek. Feljebb, a hol még májállomány van, ott ennek rajzolata elmosódott. A daganatcsomók epesárga elszíneződést sehol sem mutatnak. A jobb mellékvese tájékán a máj állományában nagyobb daganatcsomók ülnek. Daganatcsomó van a jobb mellékvesében is, melynek állománya csak a bal szélén ismerhető fel. A benne lévő daganatcsomó körülbelül zöldmandulányi, vérzésekkel tarkított, elég tömött. A vena cavába a daganat nem tört be. A többi szervben daganatcsomót nem találtunk.



2. ábra. Májdaganat széli része.

a) Májsejtek, b) daganatsejtek, c) kötőszöveti trabeculák sorvadtt májsejtekkel. (Nagyítás: Zeiss 16 μ /m objectiv, 2. sz. okulár.)

A máj számos helyéről vettünk anyagot *histologiai metszetek* készítéséhez. Ezek nagyon különböző képet adnak. Azok a helyek, a melyek elég távol vannak nagyobb daganatcsomóktól, a csecsemők májának rendes képét mutatják: a májsejtek jól fejlettek, közöttük középtág capillarisok vannak. Ezekben néhány vörösvérsejten és leukocytán kívül mononuclearis sejteket, néhány nagyobb lymphoblast-typusú sejtet és itt-ott egy-egy magvas vörösvérsejtet találunk. Elég sok az eosinophil granulatiójú leukocytá. Az endothel sejtekben, különösen a Kupffer-féle sejtekben elég gyakran találunk phagocytált vörösvérsejteket.

Ilyen makroszkoposan épnek látszó területek vizsgálatakor is feltűnnek már egyes erősen tágult capillarisok, a melyek lumenében vörösvérsejteken kívül sok sötétre festődő magvú sejt van. E sejtek nem felelnek meg azoknak a sejt-csoportoknak, a melyek az embryonalis májban láthatók, hanem csak kétféle sejttypusból állanak: az egyik nagyobb a vörösvérsejtnél, magja hólyagos, benne rögzös és fonalas chromatin van; a rögzös chromatin szemcséi részben a mag-

hártyához tapadnak. A másik sejttypus ennél kisebb, magja chromatindúsabb, a chromatin rögzös s e rögzök főleg a mag szélén sorakoznak. E sejtek ugyanazok, mint a melyeket a daganatcsomókban találtunk.

Ott, a hol e sejtek nagyobb számmal jelennek meg, a májsejtgerendákat széttolják, a májsejtek sorvadnak, keskenyek, hosszúkasak lesznek. A sorvadás különösen ott nagyfokú, a hol a daganatsejtek két oldalról nyomják a gerendákat, úgy hogy ezek néha igen vékony sejtsíkokká lettek.

A máj legnagyobb részét azonban teljesen daganatszövet foglalja el, a melyben májsejteket egyáltalán nem lehet látni. Ezen nagyobb daganatos területekre jellegzetes egyrészt a vérzések nagy tömege, másrészt az, hogy a sejtű daganatos alapszöveten keresztül elágazódó kötőszöveti kötegek húzódnak, a melyekben részben sorvadtt májsejtkötegek, főleg azonban epeútsarjak vannak. E kötőszöveti kötegek hálózatot alkotnak a daganatszövetben. A daganatsejtek ezen kötegek közötti területeket töltik ki. Már gyenge nagyítással is szembeötlő, hogy a daganatsejtek közt nagyon sok a vörös vérsejt. Igen gyakran látjuk a vérzéseket daganatcsomók belsejében. Egyik helyen csak egy nagyobb vérzés van a daganatcsomóban, másutt számos kisebb. A vérzésekben (mint ez a Weigert-praeeparatumban jól látható) kevés fibrinfonál van.

A daganatsejtek általában kerekded sejtek, sötétre festődő maggal. Pontosabban csak immersió-lencsével lehet őket megvizsgálni, ekkor kitűnik, hogy a sejtek nem egyforma nagyok. Általában két nagyságot ismerünk fel: az egyik átlag 6.6–7.6 μ átmérőjű, tehát körülbelül lymphocytá nagyságú, és szerkezetében is a lymphocytákra jellegzetes szerkezetet mutat: a mag kerek, a chromatin fonalakat és rögzöket alkot, ez utóbbiak gyakran a mag szélén helyeződtek el. A plasma igen kevés, alig látható. A másik sejt nagyobb (átlag 9–11 μ -nyi), hasonló kerekded, a magban több a fonalas chromatin. Emlékeztet a lymphoblastokra. A plasma itt is meglehetősen kevés, a mag körül gyűrűt alkot. E két nagyság között számos átmeneti alakot találunk. Magoszlások elég nagy számmal vannak, leggyakrabban a monaster stadiumot látjuk, a pluripolaris magoszlás nagyon ritka. Magoszlás csak a nagyobb sejttypusban látható. Számos kisebb typusú sejtben feltűnik, hogy a mag még ezeknél is jóval kisebb, nagyon sötétre festődik, strukturát benne felismerni nem lehet (karyopiknosis), máskor pedig egy sejtben, s ez elég gyakori, két-három apró, sötét kerekded magdarabka van (karyorrhexis).

A daganatsejtek közt, különösen azon helyeken, a hol a sejtek valamivel ritkábban vannak (talán egyesek ki is estek?), a legerősebb nagyításokkal igen finom kötőszöveti részek által alkotott, tág hézagú hálózatot látunk. E rostok Bielschowsky-Maresch-eljárással csak gyengén impraegnálódnak. A daganat sejteit gyakran ezekhez a rostokhoz tapadnak, ezek mentén vannak a legsűrűbben. A daganat más helyein ezt a finom hálózatot nem tudjuk felismerni, egyes helyeken viszont finom hálózat nincs, csak durvább kötőszöveti nyálábok, a melyek azonban szintén hálózatosan jelennek meg.

A daganatsejtek közt lévő vörösvérsejteket elvétele magot is találtunk. Végül itt-ott egy-egy nagyobb, szabálytalan alakú sejtet találunk, mely nagy hólyagos maggal bír. A plasma kevés és nyúlványokba folytatódik, a mely összefügg a finom kötőszöveti reticulum rostjaival.

A nagyobb daganatcsomók körül a máj kötőszöve meg-szaporodott, néha igen széles nyálábokat alkot, melyben sorvadtt májsejteket és rendesen sok epeútsarjat találunk. A kötőszövezsaporodás különösen a nagyobb portalis ágak közelében nagyfokú, ezenkívül a máj tokja alatt is. Megjegyzendő, hogy a daganatcsomók a tokot nem törik át közvetlenül, azonban daganatsejteket találunk a máj tokjának keskenyebb hézagaiban, a mely hézagok talán vér- és nyirokereket, bár endothelsejteket rajtuk felismerni nem tudtunk. Daganatsejteket találtunk végül a máj tokjának endothelborítéka alatt is, igen keskeny csíokban.

A mellékveséből készült metszetekben a daganatszövet főtömegét a bélállományban találjuk. Feltűnő itt is az, hogy

a daganatszövetben nagy vérzések keletkeztek. A mellékvese azon részeiben, a hol csak kevés a daganatszövet, ott ez a bélállományban van, a hol több, ott destruálta a kéreg nagyobb részét is, mégis úgy, hogy a kéregnek legkülsőbb zónája többé-kevésbé épen megmaradt, legfeljebb nyomás jeleit mutatja. A mellékvese épen maradt részeinek és a daganatnak határán nagy számmal találunk ereket, a melyekben a daganatszövet tovább növekedik; ezek az erek ki vannak töltve daganatszövettel. Az így kitöltött ereket néha a daganatcsomó szélétől elég messze tudjuk követni. Itt is, tehát épp úgy, mint a májban, a daganat növekedése főleg az erekben történik. A daganatszövet szerkezete és a sejteknek minősége a májban találhoz hasonló. Megemlítem még itt, hogy a nagyobb sejteknek csíracentruszerű elrendeződését sehol sem láttam. A kötőszöveti reticulum is egyes helyeken jól látszik, meglehetősen sok.

A daganat tehát májból kiinduló *lymphosarcoma haemorrhagicum*, mely metastasist alkotott a jobb mellékvesében. Daganatunk a lymphosarkomáknak abba a csoportjába tartozik, mely egy szervben kezdődik, nem generalizálódik a lymphatikus apparatusban, legfeljebb kevés szervben hoz létre metastasist. A lymphosarkomák leggyakrabban nyirokcsomókból indulnak ki, ezek szoktak generalizálódni. Kiindulhat azonban lymphosarkoma majdnem minden szervből, hiszen lymphocytákat majdnem mindenütt találunk a vérerek körül.

Meg kell itt még említenem, hogy újszülöttek májában és mellékveséjében lymphosarkomákhoz szövettanilag is nagyon hasonló daganatokat találtak Küster, Wiesel, Landau, Bruck, Herxheimer és mások. Finomabb vizsgálatokkal kiderítették, hogy ezen kerekded sejtekből álló sarkomák nem lymphoid sejtekből indultak ki, hanem sympathoblastokból. A primaer daganat rendszeren a mellékvesében van, a mellékvese bélállományának sejteiből indul ki és metastasisokat alkot a májban. De előfordulhat ez a daganat mint primaer májtumor is, hisz Wiesel a máj alsó felszínén is talált sympathoblastokat. Ezeket a daganatokat majdnem kizárólag újszülöttekben találták és így mi is gondoltunk erre. Azonban, bár a legtöbb helyen a reticulum nem volt nagyon kifejezett, egyes helyeken azonban nagyon jól felismerhető, másrészt a sejtek jellegzetes alakja és nagysága, az elég sok mitosis és sok magtöredezés jelenléte, végül a neuroblastomákra jellegzetes idegrostok teljes hiánya (a melyeket pedig Herxheimer szerint a Bielschowsky-eljárással jól ki lehet mutatni) arra mutattak, hogy a daganatunk nem neuroblastoma, hanem lymphosarkoma.

Ribbert a lymphosarkomákat lymphocytomáknak, illetve lymphoblastomáknak nevezi, a szerint, hogy mily nagyságú sejtekből állanak. Hozzáteszi azonban ő maga is, hogy lymphocytomákban is találunk lymphoblast típusú sejteket, mert a sejtszaporodásban úgy látszik csak a nagyobb sejtalakok (lymphoblastok) vesznek részt, de azután a keletkezett sejt hamar átalakul lymphocytává. A mi daganatunk, ezen nomenclaturát használva, inkább a lymphocytomákhoz sorozható.

Összehasonlítva ezt a veleszületett lymphosarkomát felnőttek lymphosarcomáival, azt találtuk, hogy a mi esetünk azok közé tartozik, a melyben aránylag kevés a reticulum. A másik feltűnő sajátossága a vérzésekre való nagy hajlama: a daganatcsomók a sok vérzéstől már szabad szemmel is sötét szederjesek voltak. Ennek magyarázatát részben talán a foetalis májnak vérbőségében kereshetjük. Feltűnő még, hogy a nagyobb daganatcsomókban néha még atrophias májsejteket sem találtunk, ezek annyira elpusztultak.

Veleszületett rosszindulatú daganatokat többen írtak le s ezek között a sarkomák dominálnak; carcinomákat jóval kisebb számmal találtak. Göbel az irodalomból 43 veleszületett sarkomát gyűjtött össze. Ezek igen különböző szervekben voltak, érdekes azonban, hogy a legtöbb éppen a májban volt. Májsarkomákat írtak le de Ruyter, Widerhofer, Lendrop, Heaten; májlymphosarkomát Popper, Howard-Tooth. Meglepő az, hogy

ilyen sok aránylag a veleszületett sarkoma, mert felnőttben viszont a primaer májsarkoma elég ritka.

A veleszületett daganatok keletkezésének oka éppoly homályos, mint a felnőttek daganatainak aetiológiája. A fejlődés kapcsán való sejtikikapcsolódás tana, mint azt Schwalbe is mondja, megmagyarázhatja a daganatoknak formális genesisét, de nem mond semmit ezek causalis genesisére vonatkozólag. Lehet, hogy egyes esetekben (így a veleszületett daganatoknál) a sejteknek a fejlődés közben való kikapcsolódása az oka egyszersmind annak, hogy ezek a sejtek ilyen abnormis szaporodásnak indultak. Trauma és egyéb külső befolyások az intrauterin keletkezett tumoroknál kevésbé jönnek számba.

Érdekes volna tudnunk azt, hogy daganatunk milyen korban keletkezett. Ismeretes, hogy a teratomáknál az ú. n. teratologiai terminációs periodus felállítása a fejlődéstan adatainak segítségével sokszor elég nagy pontossággal lehetséges. Egyéb daganatoknál az ú. n. onkogenetikai terminációs periodus megállapítása már nem így könnyű. Időmeghatározásunk itt sokkal tágabb határok közt mozog. A most leírt daganatra vonatkozólag a keletkezés idejének alsó határát nagyon messze vissza lehetne tolnunk az embryonalis fejlődés korai időszakába, abba az időbe, a mikor a májban lymphocyták vannak. Ez az időpont nem esik messze a májtelep keletkezésének idejétől (a $2\frac{1}{2}$ mm.-es embryónál), hiszen a mesenchyma a primitív májtrabeculák közt már a $7\frac{1}{2}$ mm.-es embryónál előkészül különböző vérésejtek képzésére. E sejtek között meglehetősen korán és nagy számmal szerepelnek a lymphocyták.

Daganatunk keletkezési idejének alsó határa egybeeshetnék a lymphocytáknak a májban való megjelenési idejével. (Körülbelül első hónap.) Lehet, hogy ezeknek egy csoportja ilyen korai időben kikapcsolódott. Úgy hiszem azonban, hogy ez a daganat mégsem keletkezett ilyen korai stadiumban, mert akkor a máj nem fejlődhetett volna ki ilyen jól. Ha a daganat igen korán keletkezett volna, akkor az általa létrehozott destructio a fejlődés további folyamán erősen fokozódott volna, nagy májlebenyrészletek nem fejlődtek volna ki; tekintetbe véve azt is, hogy a májnak a foetalis szervezetben valószínűleg fontos szerepe van (már nagysága is e mellett szól), a foetus a máj nagyobb destructiója esetén korán elpusztult volna. Ezenfelül a daganat minden részében találunk epeutakat, a mi szintén a mellett szól, hogy a máj már meglehetősen fejlett állapotban volt, a mikor a daganat keletkezett. (Itt a keletkezés alatt nem a Cohnheim értelmében vett sejtnak a fejlődésből való kikapcsolódását értjük, hanem azt a stadiumot, a mikor már autonóm növekedéssel bír.) Igaz, hogy a daganat egyes helyein májsejteket egyáltalán nem láttunk, hanem csak epeutakat, ez azonban nem azt mondja, hogy azokon a helyeken májsejtek nem is keletkeztek. Bizonyosan voltak ott is májsejtek, de a daganat nyomása folytán tönkrementek. A májsejteknek a tartós nyomással szemben való érzékenysége jól ismert jelenség a kórboncztanban. De ismételtén találkozunk vele a fejlődéstanban is: a máj alakváltozásainál, az epehólyagnak a májállományból való kiemelkedésénél, a mikor mindig májállomány pusztul: tulajdonképpen csak a májsejtek mentek tönkre, az epeutak (mint „vasa aberrantia”) megmaradnak.

Mindent összefoglalva tehát valószínűnek kell tartanunk, hogy daganatunk az *embryonalis élet közepe után* keletkezett illetőleg indult erős növekedésnek, a mellékvese-metastasis is csak a foetalis kor vége velé hozta létre.

Irodalom. Nagyobb irodalmat gyűjtött össze: Ribbert: Die Geschwulstlehre. — Ezenkívül: Goebel: Arch. für klin. Chirurg. 87. — Steffen: Die malign. Tumoren d. Kindesalters, 1905. — Küster: Virchow's Archiv, 180. kötet. — Schwalbe: Virchow's Archiv, 196. kötet — Herxheimer: Ziegler's Beiträge, 57. kötet. — Port: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1902. — Howard-Tooth: The Lancet, 1885. — Widerhofer: Jahrb. f. Kinderheilkunde, 11. kötet.

A háborúnak és következményeinek befolyása Budapest gyermekegészségügyére.

Irta: *Torday Ferencz dr.*, egyetemi magántanár, az állami gyermekmenhely helyettes igazgatója.*

(Folytatás.)

Sokan féltek attól, hogy nemcsak számbelileg kicsi, de korcsnak, csenevésznek, gyengén fejlődöttnek, kis súlyúnak született lesz a jövő nemzedék. Hiszen régi közhit, hogy a magzati szervezet fejlődése az anya táplálkozásától függ. A szülész *Prochownik* nevéhez fűződött már régen megkísérlette az anyai táplálásnak az anyagcsereforgalom élet-tanára támaszkodó észszerű elvek szerinti befolyásolásával a fejlődő magzat méreteit megkisebbiteni és ezzel kivált szűk-medencéjűeknél a szülést megkönnyíteni. Nemcsak elméleti okoskodásra, hanem kísérleti adatokra támaszkodott ezen felfogással szemben az a nézet, mely szerint a magzat úgy viselkedik, mint egy rosszindulatú daganat, mely tekintet nélkül az anyai szervezet kárára tovább nő, mely az anyai szervezetet sorvasztja, ha az anya megfelelő táplálással nem pótolja a fejlődő méhmagzatnak leadott minden építő anyagot. Ezen kérdésben is igen ellentétes az egyes szülészek állásfoglalása. A kérdésre való érdemleges feleletadást megnehezíti az a körülmény, hogy természetszerűleg csak igen kisszámúak voltak azok az esetek, hol kivált a szülészeti operatív technika fejlődése óta kívánatosnak, illetve célra-vezetőnek látszott a méhmagzat fejlődésének, méreteinek mesterséges korlátozásával a szülés zavartalan voltát biztosítani. Azonkívül a táplálkozás rendszeres korlátozása, az előírt diéta lelkiismeretes betartása az anyák részéről oly energiát és következetességet tételez fel, a mely általánosságban nincs meg s a melyre nem lehet számítani.

A háború megadta a feleletet azon eldöntetlen kérdésre, hogy az anyák hiányos táplálkozása mily befolyást gyakorol a magzatra. A válasz röviden az, hogy nem gyakorol befolyást. *A háborús éhezés, a czélszerűtlen, zsír- és fehérjeszegény táplálás következtében nem változott meg az újszülöttek átlagsúlya.*

Minthogy az éhezés, rossz táplálkozás a háború alatt a fővárosban nálunk nem volt hosszantartó és általános és csak a proletárdiktatura alatt vált azzá, viszont a blokádkövetkeztében éveken át a lehető legszűkebbre fogottan egyformán táplálkoztak, jobban mondva éhezett Németország lakossága ezért ezen kérdésben döntő jelentőségűek az idevágó német irodalmi adatok, melyek közül csak kettő, *Kaertner* és *Peller* számol be arról, hogy általánosan kisebb súlyúak lettek az újszülöttek. *Binz* a müncheni klinika anyagáról gyűjtött adatok alapján azt hiszi, hogy az éhezés továbbelmozdítása esetén az anyai szervezet potentialis energiája teljesen kihasználtnak s így vérösszetétele megváltozása következtében befolyásoltatnék a magzat fejlődése. *Engelhorn* nem az anyák hiányos táplálkozását tartja a magzatok súlyára befolyó tényezőnek, hanem feltételezi azt, hogy a háború következtében sokat szenvedett apák magzavart anyagcsereforgalmának következtében csiraplasmájuk károsodnék és ez döntené el a háborús újszülöttek sorsát. Ezen egy-két kisebb-számbeli adatra támaszkodó véleményen kívül a németországi nagy gyűjtőstatisztikák (*Thirsch, Ruge, Jahreis, Momm, Messner, Brünning*) mind azt bizonyítják, hogy az általános éhezés, az, hogy a terhesek zsír- és fehérjeszegény táplálékra szűkösen éltek, nem befolyásolta az újszülötteknek sem átlagos testsúlyát, sem méreteit. Ugyanezt igazolják azon 13.000 újszülöttre vonatkozó összehasonlító adatok, melyeket a bába-képzőből, a Szent Margit-kórházi, a Bakáts-téri, a Szent Rókus-kórházi szülösztyályokról szerezhettem be. Ezen adatok szerint az 1913. évi békeévhez viszonyítva az újszülöttek súlyviszonyai között nincs alig 1—1%-nyi fluctuáló eltérés. A legkisebb és legnagyobb számokat sorolom fel:

Koraszülött volt	4.7—7.3%
1500 grammon aluli volt	1.0—3.2%
1500—1800 gramm	0.7—2.1%
1800—2100 grammon aluli volt	1.0—2.5%
2100—2400	4.0—2.0%
2400—2700	5.5—11.0%
2700—3000	19.0—23.0%
3000—3300	23.3—28.8% (1917-ben)
3300—3600	15.7—21.5%
3600—3900	7.5—11.6%
3900—4200	2.5—6.0%
4200—4500	0.5—1.5%
4500—4800	0.1—0.4%

Ezen szám adatok közül több kedvező számarány a háborús években észleltetett.

A szoptató nők mennyileges és minőleges táplálkozási módjának a közfelfogás döntő befolyást tulajdonít mind a szoptató nők tejtermelésének mennyiségére és minőségére, mind az emlőn levő csecsemő fejlődésére is.

A gyermekgyógyászatnak ma általánosan elfogadottnak mondható tantétele ennek az ellenkezőjét állítja. Egyrészt azt, hogy *a mindennapi táplálkozás szokott keretein belül az ételek megválogatásának nincs érdemleges befolyása a női tejtermelésnek sem mennyiségére, sem minőségére, másrészt azt, hogy a női tej minőségének kevés befolyása van a csecsemők fejlődésére; a döntő tényező a mennyiség és a csecsemők vele született különböző egyéni alkata, constitutiója.*

A háború alatti és az azt követő idők tapasztalatai az elmondottakban körülírt nézetet, ma általánosan tanított tételt megerősítették. A német irodalom adatai és az itteni szülők házak értesítései szerint is *a háborús hiányos táplálkozás nem befolyásolta a szoptató képességet*, sőt a körülmények kényszerítő hatása alatt most azok is szoptattak, kik különben socialis okokból nem tették volna.

Nem oly egyszerű a válaszadás arra a kérdésre, hogy a tejtermelés minőségileg és mennyiségileg hogyan befolyásolta a háborús korlátozott táplálkozást. Az az adat, hogy az újszülöttek mikor pótolták a születés utáni élettani normalis súlyvesztésüket, ilyen értelemben nem értékesíthető, mert *Langstein* és mások vizsgálatai szerint abban nem a szoptatás elégségsége a döntő tényező. Ellenben némileg útbaigazító *Momm*-nak az a közlése, hogy az 1915. év negyedik negyedében, mikor Németországban a táplálkozási viszonyok kezdtek megromlani, feltűnően, 98%-ról 80%-ra csökkent le azon anyák száma, kik képesek voltak gyermekeiket teljesen végigszoptatni, újabb rosszabbodás állott be 1916—17 telén. Feltűnő, hogy mennyire megjavult ezen arány 1919—20 telén, a mikor Németországban a háború befejeztével a táplálkozási viszonyok valamelyest megjavultak. Többben észlelték Németországban azt, hogy az emlőn táplált csecsemők súlygyarapodása általában lassúbb volt, de a hiányos súlygyarapodás a csecsemők általános jólétére nem gyakorolt semmi tekintetben kedvezőtlen befolyást, minden életfunkciójukban normalis volt a fejlődés. Ezen tapasztalati tény magyarázatát többben a női tej vegyi összetételének megváltozásában, tápláló értékének csökkenésében keresték, sőt akadtak olyanok is, kik a psychés befolyásoknak már régen kétségbe-vont jelentőségét ismét valószínűvé tenni igyekeztek. A vegyi vizsgálatok eredményeinek mérlegelésekor nem hagyható figyelmen kívül az a szempont, hogy a női tej vegyi összetétele normalis viszonyok között is igen tág határok között mozog. Ezt a körülményt szem előtt tartva, mégis valószínűnek kell mondanom, hogy míg a rövidebb tartamú korlátozott czélszerűtlen táplálás nem befolyásolta érdemlegesen a női tej összetételét, a mint azt *Momm* és *Krämer* vizsgálatai igazolják, ugyanúgy az emlőn szoptó csecsemők közül soknak lassúbb fejlődését *Czerny* nézete, *Bergmann* és *Klotz* vizsgálatai szerint az okozta, hogy az esztendőközön át fennállott blokádk alatt a lakosságra reánkényszerített, nem elégséges, czélszerűtlen táplálás következtében a női tej caloria-értéke sokaknál lezuhant, mert kimutathatólag megfogyott egyes esetekben a zsír- és fehérjetartalom.

* Előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1920 november 13.-án tartott ülésén.

A budapesti állami gyermekmenhely sok szoptatónőjén nem állapíthattuk meg azt, hogy a terhességük alatti, illetve a felvételük előtti háborús viszonyok szoptatóképességüket leszállították volna. Az intézetben mindig elég bőséges volt az élelmezés, a női tej termelésének fokozását célzó rendszeres lefejeéseket, emlőmeggyúrásokat nem szüntettük be és így az intézeti anyák tejtermelőképessége körülbelül ugyanaz maradt, mint a milyenről 1913-ban beszámoltam. A budapesti állami gyermekmenhelybe felvett anyák közül szoptatásra képtelennek bizonyult 27,4%, kevés tejet, napi 1000 cm³-en alul termelt 35,16%, napi 1000 cm³-en felül volt a tejtermelés a szoptatóanyák 62%-ában, ennyien tudtak saját csecsemőjükön kívül más csecsemőt is táplálni.

Az anyák szoptatóképességét a háborús és az azt követő idők rossz élelmezési viszonyai, a mint ezek az adatok is igazolják, nem csökkentették, sőt az általános nyomorúság, az élelmiszerek nehéz beszerezhetősége és talán az újabb teherbeszéstől a szoptatással elérhetőnek hitt védekezés, a főváros szegény lakosságából való anyák legnagyobb részét arra kényszerítette, hogy sokkal tovább szoptasson, mint a hogy azt az ő és gyermeke érdeke megkívánja. Erre utal egyebek között a Stefánia-gyermekekórház nagy ambulanciáján gyűjtött azon adat, hogy a háború alatt ott megfordult 10–12 hónapos csecsemőknek körülbelül 80%-a még mindig vagy legalább részben anyatejen táplálkozott, sőt az egy és két év közötti gyermekeknek is majdnem fele, 43,5%-a még nem volt teljesen elválasztva. Ez adatnak mérlegelhetése végett utalok arra, hogy ugyanezen anyagban 15 évvel ezelőtt *Flesch* és *Schossberger* adatai szerint csak 6,13%-kal szerepeltek az egy évnél idősebb emlőn szopó csecsemők.

Azon németországi tapasztalati ténnyel, hogy az emlőn szopó csecsemők a háború alatt általában lassabban fejlődtek és a koruknak megfelelő súlynál sokszor könnyebbek voltak, hasonló értelműek a budapesti állami gyermekmenhelyben gondozásba vett csecsemőkről gyűjtött adatok.

Az újszülötten felvettek 37,5–58%-a volt 3000 grammnál kisebb súlyú. Az egyhónapos korukban felvettek 60–85,8%-ának volt a súlya a normalisnál kisebb. Ez az arányszám annál rosszabb, minél idősebb korban kerültek a csecsemők állami gondozásba. Minthogy azonban a háború előtt is ugyanez okokból, főképp a hiányos, rendszertelen és célszerűtlen vegyes táplálás következtében romlott le az állami gondozásba vett csecsemők legnagyobb része, ezért ez adatok között érdemleges különbségek nincsenek.

A csecsemőkorban levő gyermekeket legkevésbé viselte meg a háborús (korlátozott) élelmezés. A kor előrehaladtával az egyes idősebb gyermekkorosztályokon vált mindinkább feltűnővé, de csak évek múltán állapítható meg a hosszas nélkülözések, az állandósult célszerűtlen, kevés fehérjéjű, zsírtalan, sovány táplálkozás hatása. A káros befolyás a hosszúnövekedés megakadásában, kis testsúlyyságban, az általános constitutio megromlásában, főleg a tuberculosistörőzéssel való kisebb ellenálló képességben, a kisgyermekkorú tuberculosistörőződés gyakoribbá válásában nyilvánult meg. Ezen németországi általános tapasztalatról beszámoló adatok közül a legértékesebbek a *Schlesinger*-éi, ki már a háború előtt ugyanazon strassburgi gyermekanyagon tanulmányozta a gyermekek növekedésére, gyarapodására, fejlődésére befolyást gyakorló tényezőket. Míg a háború első három esztendeje nem viselte meg Németország gyermekvilágát, már a negyedik évben megállapítható volt mind a hosszúnövekedésben, mind a rendes súlygyarapodásban való visszamaradás. A háború harmadik évében ugyanazon gyermekanyagon végzett mérések adatai szerint az idősebb egészséges csecsemők is 500 grammal kisebb súlyúak voltak, mint békében, a 2–3 évesek $\frac{1}{2}$ –1 kilogrammal, az idősebb iskolásgyermekek 1–2 kilogrammal, a tanoncok és idősebb gymnaszták 2–5 kilogrammal voltak könnyebbek, mint ugyanazon korosztályúak békeidőben. Az általános constitutio megromlására utal a rachitis, az exsudatív diathesis és a tuberculosistörőzés számárányának megnövekedése. Ugyanilyen értelműek, de még

rosszabb általános tápláltságról, a fejlődésben való nagyobb visszamaradottságról tanuskodnak *Dawidsohn* berlini adatai.

A budapesti gyermekek súlyviszonyairól, méreteiről a háború előtt schol sem gyűjtöttek nagyobb számú adatot. Az amerikai gyermekélelmezési actio alkalmából *Bókay* tanár utasításai szerint 1380 gyermekben vették fel lehetőleg pontos méretek. Ezekből képet lehet kapni arról, hogy a Kammerer- és Pirquet-féle normalszámokkal szemben mennyivel volt rosszabb a budapesti gyermekvilág tápláltsága, fejlődöttsége főképp a proletárdiktatura és a román megszállás ideje óta állandósult és még napjainkban is fennálló élelmezési nehézségek következtében. A budapesti általános élelmezési viszonyok súlyosságáról legtisztább képet ad *Liebermann* Leó tanár azon közlése, hogy a különböző élelmiszerjegyek alapján beszerezhető élelmiszerek összes tápértékét kiszámítva az állapítható meg, hogy a legelőnyösebb viszonyok között is egy emberre legfeljebb napi 1500 caloria jutott, azaz, hogy nálunk egy közepes súlyú dolgozó vagy legalább is rendszeren mozgó ember a legjobb esetben még mindig körülbelül 200 caloriának megfelelő tápszerrel kevesebbet kapott, mint a mennyire egy teljes nyugalomban levő, alvó embernek élete fentartásához szüksége van. Ezen általános hiányos táplálkozás, mely főképp a felnőtteken nagymértékű, 10–20 kg.-os fogyásokkal érezte a hatását, a gyermekvilágot is nagyon megviselte. A gyermekek rossz élelmezésében az egyik legfontosabb tényező az volt, hogy a főváros lakossága a háború utóbbi éveiben és azóta is egészen a legutolsó időkig elégtelen mennyiségű tejjel volt ellátva és a beszerezhető tejnek tetemes százaléka rosszminőségű volt.

A gyermekek testsúlyának fogyásáról képet adnak az amerikai gyermekélelmezési actio alkalmából felvett méretek. Ezek szerint 1919 őszén a 3–4 éves gyermekek az átlagos súlynál $1\frac{1}{5}$ –2 kg.-mal voltak könnyebbek, a 4–5 évesek kb. 2 kg.-mal, a 6–7 évesek $1\frac{1}{2}$ –4 kg.-mal, a 7–8 évesek 2–7 kg.-mal, a 8–9 évesek $2\frac{1}{2}$ –4 kg.-mal, a 9–10 évesek 2–5 kg.-mal, a 10–11 évesek 1–4 kg.-mal, a 12–13 évesek $\frac{1}{2}$ –3 kg.-mal, a 13–14 évesek $1\frac{1}{2}$ –2 kg.-mal.

A testméretek a Pirquet-, illetve Kammerer-féle normalszámokkal szemben csak kisebb arányú visszamaradást mutatnak, sőt egyes méreteknél a kisebb súlyosság dacára a normalisnak megállapítottnál nagyobb testméretek találtak. Ezen adatok újból igazolják azt, hogy a súlyban visszamaradást vagy vesztelést nem szabad a fejlődésben visszamaradással egyenértékűnek tekinteni. A súlyban visszamaradás megfelelő kielégítő táplálással nagy átlagban a legkönnyebben kiegyenlíthető, a mit bizonyít egyebek között *Bókay* tanár közlése is, mely szerint az amerikai póttétkeztetés eredményeképp, melylyel a gyermekeknek körülbelül napi 660 caloria tápértéket nyújtottak, 27,2%-ban súlygyarapodás állott be. 20,8%-ban a póttétkeztetés dacára stagnált a testsúly, míg 52%-ban a póttétkeztetés mellett is csökkent a testsúly, mely adat újabb bizonyítéka Budapest nehéz élelmezési viszonyainak.

Az imént elmondottakban a háborús és következményes életviszonyoknak, főképp a leromlott általános táplálkozásnak a gyermekek fejlődésére gyakorolt általános hatását mutattam be. Most rá akarok térni arra, hogy a gyermekmorbidity viszonyok mennyiben változtak meg a háború alatt és végül arra, hogy ezen tényeknek milyen kihatása lesz a jövő nemzedék életsorsára. Kétségtelen, hogy kiterjedt, nagykorú és népies ambulanciákban hűen tükröződik vissza az illető városnak és környéknek közegészségi állapota. Ezért jóakarató szíves támogatással összegyűjtöttem a fővárosi nagyobb gyermekrendelések tíz éves beteganyagának havi kimutatásait. Ezekből összehasonlító táblázatot készítettem, másrészt felhasználtam *Vas Jenő* tanársegédnek, a Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinika háborús ambulanciáját feldolgozó közleményében levő adatokat. Ezen statisztikai adatok, valamint az állami gyermekmenhelyi tapasztalataim azt igazolják, hogy a rendszeres tisztálkodás, mosakodás és mosás nehézzé válása a meleg víz, szóda és szappan be nem szerethetősége következtében, a majdnem zsírtalan, rossz háborús szappanok maró hatása

miatt, a fehérműből és ruhából kipusztulás következtében nagyon megszorodtak a bőrbajok, nagyobb gyermekeken a különböző, jórészt impetiginosus ekzemák, különböző pyodermiák, bőrmycosisok, csecsemőkön pedig úgyszólván általánossá lettek az intertrigók és intertriginosus ekzemák. Az exsudatív diathesis korai megnyilvánulását és súlyossá válását elősegítették azon általános rossz hygienés viszonyok, melyek között a háború óta a fővárosi csecsemő- és kisgyermekvilág élt. Talán ennek tudható be, hogy mindenfelé sok erythrodermia desquamativa Leiner-eset került észlelés alá. Nemcsak az általános tisztátalanság, hanem azzal járólaga a különböző bőrélősdiek (scabies, pediculosis) elszaporodása a tömegesen együttélők között és könnyű továbbterjedését okozta, hogy a gyermekrendeléseken sok scabiesest gyógyítottak, hogy az állami gondozásba vett gyermekeknek nagyobb fele tetves volt és annyi scabies-eset fordult elő, hogy külön scabiesosztályt kellett felállítani.

A bőrbajok között emlitem meg, hogy az általános nyomor egyik megnyilvánulása volt, hogy melegedő hely, megfelelő meleg ruha híján töméntelen sok lett a könnyebb és súlyosabb fagyott sebű gyermek és elég sok a kályha híján olykor lobogó tűznél melegedő gyermekek között az égési sebeket elszedettek száma. A gyermekkori balesetek általában gyakoribbá lettek.

Míg az elmondott körképeket közvetlen összefüggésbe lehet hozni a háború és a következményes idők felkutatható ártalmaival, addig, minthogy aetiologiájuk még szilárdan nem alapoztatott meg, nem ily határozott vonatkozásban lehet egyrészről megemlékezni azon tényről, hogy a gyermekmenhelyi beteganyagban főleg 1918 őszén nagyon sok nephritis és általában hydraemia által nem okozott *végtag-oedemát* láttunk, másrészről Vas-nak ama közléséről, hogy az 1917. év tavaszán az egyetemi gyermekklinika rendelésén egymásután több, már a pubertás éveiben jelentkező *tetánids* gyermeket láttak és hogy megállapíthatták, hogy a háború utolsó éveiben egy általános, úgyszólván az egész fővárosra kiterjedő, azonban kifejezetten egyes kerületekhez kötött, valamint körülírt zárt helyen gyakrabban előfordult *golyva-epidémia* állapítatott meg.

(Vége következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tudományos ülés 1921. január 22.-én.)

Elnök: Hutyra Ferenc. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

(Vége.)

Huzella Tivadar: A máj atrophias megbetegedéseinek histomechanikája.

Genuin máj-atrophia négy esetét ismerteti. Három esetben az atrophia partialis lassú lefolyású, gyógyuló alakjáról van szó. E ritka és általában kevésbé ismert folyamat megjelölésére, megkülönböztetésül az atrophia flavától és rubrától, az atrophia grisea elnevezést ajánlja. Az esetek tanulmányozása közben a máj rácsrostszerkezetének elváltozásai alapján a máj egyéb atrophias folyamataira nézve is érvényes következtetések vonhatók le, melyek alapján új nézőpontból világítja meg a pangásos atrophia, az atrophia hepatitis flava, rubra és grisea és a cirrhosis hepatitis közt fennálló vonatkozásokat és ezen folyamatok formális genesisének mechanikai magyarázatát adja. A máj-parenchyma finom váza a közönséges histologiai módszerekkel nem mutatható ki. Az ezüst-impregnálással jól feltűnethető rácsrostszerkezet az ereket és más sejteket kiterjedten behálózó rugalmas rostokból áll. A rácsrostok nagy mértékű nyújthatóságát, rugalmasságát számos körülmény bizonyítja, különösen az a jelenség, hogy a duzzadt vagy elzsírosodott sejtek körül a rácsrostok kifeszültek, elvékonyodtak, hálózatuk szemei megnagyobbodtak, míg a pusztult vagy sörvadt májsejteknek megfelelően apró, kerek szemű, vastag, kanyargós rostú hálózatot találunk. Nagyfokú elvékonyodásuk mellett itt-ott megszakadt rostokat is találunk, a melyek végei vastagok és spirálisan csavarodtak. Az előadó szerint helyesebb, ha a rácsrostok

összehúzódnásáról, illetőleg kitágulásáról beszélünk, nem pedig hypertrophias vagy hyperplasiás burjánzásról, illetőleg atrophiaról. A rácsrostszerkezet mechanikai értelemben térbeli rugalmas tartó-rendszernek felel meg, melynek relatív fix pontjai a máj tokja, periportalis, perivascularis kötőszöve. A rácsrostszerkezetre külső és belső, a májsejtekben rejlő erők hatnak és ezekkel szemben rugalmasságánál fogva reagál. A rugalmas rácsrostszerkezet tulajdonságait, a melyek a májstructura elváltozásaiban kifejezetten érvényesülnek, az előadó gummiból készült hálózaton demonstrálja: elernyedt állapotban a háló szemei kerek; mérsékelt egyenletes feszülés alatt a hálószelek egyenlő nagyok, szabályos sokszöglestűek, szálaik megvékonyodtak; ha a hálózat körülírt helyén a hálószelek alak- vagy nagyságbeli elváltozását hozzuk létre, erre a háló egész terjedelmében ellentett értelemben reagál; ha egyes szelek tágulnak, a többi szem szűkül, szála megvastagodik; ha pedig egyes szelek körülírt helyen összehúzódnak, a többi szem igen szabálytalan configurációban tágul és nagyobbodik. A gummiháló szerkezetében előidézett elváltozásokhoz hasonlóak a máj rácsos szerkezetének egyes kóros folyamatokban észlelt, mikroszkopos praeparatumokon demonstrált és mikrophotographiák vetítésével bemutatott elváltozásai. Az egyes májsejtek alak- és nagyságbeli megváltozása, valamint a máj acinusos szerkezetének átalakulása, a melyet a cirrhosis lényegének tekintenek és kizárólag regenerációval magyaráztak, mechanikai alapon kielégítő magyarázatot nyer. Az előadó vizsgálatait azt a felfogást támogatják, hogy a sárga, vörös és szürke májsorvadás és az atrophias cirrhosis pathogenesisében a májsejteknek igen különböző ártalmak behatására létrejövő akár gyors, akár lassú pusztulása a lényeges és elsődleges. Az egyes esetek és kórformák közt fennálló csak fokozati anatómiai és tüneti különbségeket a májsejtpusztulás kiterjedése és gyorsasága szabja meg.

Barla-Szabó József: A kéz ujjainak plastikai pótlása.

Egyes ujjak pótlását már a békében Nikoladoni, majd Eiselsberg a láb megfelelő ujjainak átültetésével végezte. Ezt az eljárást Verebély nemcsak sikerrel használta, hanem ki is fejlesztette az összes lábujjak átültetésével. Az összes lábujjak átültetése két ülésben történik. Az első ülésben elő kell készíteni a metacarpusok distalis részeit a csontvarrathoz s a kézhati inas részeket és a bőrlebensyt a feszülés nélküli egyesítéshez. Ugyanekkor kényelmes bőrlebensy készül a lábhatón s a feszítő inak kikészítése után a lábujjak metacarpusai a distalis harmadban reszekáltatnak, majd ülő helyzetben az előkészített kézrészeket a lábujjaknak szabaddá tett csontjával és lágyrészeivel egyesítik. Az illető alkar nyújtott helyzetben e közben a térdben behajlított alsó végtag medialis oldalára kerül. Egyesítés után a végtagrészeket e helyzetben erős gipszkötés rögzíti. 14—16 napig az egyesített részeket a talpi bőrlebensy táplálja, melyet ez idő elteltével levágnak; ekkor második ülésben elvégzik a tenyéri oldalon a lágyrészek végleges egyesítését. Az eredmény minden tekintetben kielégítőnek mondható. Hasonló súlyos sérülések után kisebb beavatkozással nagyobb gyakorlati használhatóságot ér el a kézközépnak ujjakká kikészítésével Verebély gondolatmenete szerint, a mikor az összes metacarpusokat izolálják a kis izmok megtartásával. Közben Burckhardt ajánlatára első ülésben eltávolítják a középső metacarpust s a tenyéri oldalra hegesedéstől mentes bőrlebensyket készítenek. Így a második ülésben izolálva megmaradt négy metacarpus mozgásai számára kényelmesebb tér marad. A metacarpus-ujjakon kiválóan bevált a hüvelykké készített első és a kisujjat helyettesítő ötödik metacarpus részleges oppositioja, jó adductioja, valamennyi metacarpus megmaradt adductioja s a két szélső metacarpusujj által fokozott közvetített adductioja. A kis izmok működése folytán a betegek a metacarpus-ujjakkal jól végzik öltözködésüket, táplálkozásukat és más szükséges tárgyak megfogását. Érzés-kiesés nincs. Az előadó Verebély eljárását a Nikoladoni-Eiselsberg-féle lábujjátültetés fölé helyezi, bár ez utóbbinak kozmetikai előnye van.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.
Belorvostan.

Az epehólyagműtétek javallatait a következőkben foglalja össze *Strauch*: Absolut indicatio áll fenn az epeutak genyes gyulladásának, a choledochus elzáródásának és az epehólyag rákjának alapos gyanúja esetén. Ha a huzamosabb ideig folytatott rendszeres belső kezelés eredménytelen vagy csak múló hatású, főleg ha socialis okokból a munkaképességnek mielőbbi helyreállítása szükséges, műtét ajánlandó, még pedig annál sürgősebben, minél hosszasan tart a sárgaság, minél gyakoribbak a lassan lefolyó kólikák hőmérsék-emelkedésre hajlamosság mellett és minél feltűnőbb a beteg általános állapotának rosszabbodása. Ideges eredetű spasmusos epekolikákra gyanú esetén, a mélyeknek felismerése azonban nagyon nehéz, nagyobb tartózkodás szükséges a műtéttel szemben. Az idült cholecystitis kapcsán gyakran észlelhető szívzavarok nagyobb figyelemben részesítendőek, a mennyiben a műtét ezeket a zavarokat sokszor egy csapásra megszünteti. (Therap. Halbmonatshefte, 1921, 2. füzet.)

A köldök elhúzódsáról gyomorfekély eseteiben ír *H. Schlesinger*. A peripylorusos fekély felismerésére már régebben igénybevétték a jobb oldali egyenes hasizomnak és esetleg a vele szomszédos izmoknak is a fokozott feszülését. Ez a fokozott feszülés a köldöknek jobbra elhúzódsát okozza, a mely jól feltűnik, ha a hátán fekvő beteget préselésre szólítjuk fel. Ritkán olyan a helyzete a fekélynak, hogy a baloldali m. rectus idegeztetik be túlságosan; ilyenkor balra húzódik a köldök. Epeköbetegségben is észlelhető olykor a köldök elhúzódsága, de csak a rohamok idején. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 1. szám.)

A nyers hagyma hatását a gyomoremésztésre tanulmányozta *Wilbrand*. Az emésztés tetemes lassúbbodását és a gyomornedv savanyúságának fokozódását állapította meg. Ajánlatos ezért a használata subaciditas eseteiben, továbbá mint prophylacticum bacteriumos bélbetegségek ellen, a mennyiben a gyomorba jutott bacteriumok tovább maradván érintkezésben a gyomorsavval, így nagyobb valószínűséggel öletnek meg. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 1174. l.)

Gyermekorvostan.

A szomjúság jelentőségéről az intoxicatio megnyilvánulásában ír *Göppert*. A szerző szerint az intoxicatio-ban a szomjúság sokkal fontosabb szerepet játszik, mint a milyent neki eddig tulajdonítottak. Szerinte az eddig is használatos gyomor- és bélmosások jó hatása is inkább a vízbevitellel magyarázható, mint a legtöbbször csekély mennyiségű ételmaradék eltávolításával. Az alimentaris intoxicatio könnyebb alakjai a vízbevitel után azonnal javulást mutatnak, mely elsősorban a cerebralis tünetek visszafejlődésében jut kifejezésre. Súlyos, halállal végződő esetekben ez a javulás nem észlelhető, ilyenformán vízbevitel után az eset prognosisa nagy valószínűséggel állítható fel. A szerző szerint az alimentaris intoxicatio súlyos, vagyis agyvelőtüneteit jórészt a szomjazás idézi elő s e súlyos tüneteket a szomjúság megszüntetésével visszafejlődésre bírhatjuk, azonban ilyenkor sajátos kórkép marad vissza, melyre a szerző már régebben figyelmeztetett. (Therap. Monatshefte, 1916, 595. l.) A szomjúság fertőző betegségek kapcsán is jelentkezhetik. Megszüntetésére itt is gyorsan javulnak az általános tünetek, de az infectio természetesen még így is halálra vezethet. Míg súlyos anyagforgalmi zavarokkal járó betegségben érthető, hogy a szomjazás a toxikus tüneteket súlyosbítja, sőt elő is idézheti, addig a szerző szerint nehezen magyarázható e jelenségek keletkezése és összefüggése egyszerű nasopharyngitissal. A szerző a vizet gyomormosás után szonda segítségével viszi be, 38–39°-os, gyengén alkális ásványvíz formájában. (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1920, 6. szám.)

Bossányi dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A bőr jodozása hasmetszések alkalmával *Propping* docens (Frankfurt a/M.) tapasztalatai szerint mellőzendő, mert úgyszólván biztosan adhaesiók fejlődésére vezet. Jodtinctura helyett az 5%-os tribromnaphtholtincturát (providofortincturát) ajánlja, mint a mely nem okoz adhaesiókat, a desinfectiós ereje pedig ugyanakkora, mint a jodtincturáé. A providofortinctura ezidőszere 10-szerte olcsóbb a jodtincturánál. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 1. szám.)

Angina pectoris ellen *Boehm* nemrégiben ajánlotta volt a cadechol nevű új kámforkészítményt. Újabban a cadecholt kombinálta papaverinnel (ez a combinatio *perichol* néven jön forgalomba tablettá alakban) s az eredményei még sokkal jobbakká lettek: Legjobb naponként 3-szor adni egy-egy perichol-tablettát étkezés után. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 4. szám.)

Vegyes hírek.

Az amerikai Rockefeller-alapítvány a budapesti egyetem orvosi fakultásának jelentékeny összeget bocsátott rendelkezésre. Az alapítvány igazgatóságának az volt a kikötése, hogy a magyar állam legalább 12%-kal járuljon hozzá a fakultás tudományos felszerelésének kiegészítéséhez és pótlásához. Ez megtörtént s így most már a megalkotott bizottság intézi a megrendeléseket. A bizottság tagjai: *Tóth Lajos* államtitkár, *Nékám Lajos* és *Bókay János* egyetemi tanárok, kiknek nagy az érdemük a segítség megszerzésében, s az amerikai missio részéről *Carleton G. Bowden*. A „Rockefeller Foundation” célja, hogy „az emberiség jólétét az egész világon előmozdítsa, még pedig a közegészségügy és az orvosi oktatás emelésével”. Ezidőszere 39 államban működik. Főleg a malaria, a sárgaláz s a tuberculosissal ellen küzd. Ösztöndíjakkal segíti külföldi orvosok továbbképzését az amerikai Egyesült Államokban. Az orvosképzést és közegészségügyet támogatja, különösen igen nagy aktivitást fejt ki Chinában. Az alapítvány összege 170 millió dollár, de az alapító család még további adományokkal is segíti; e mellett együtt működik a többi Rockefeller-alapítvánnyal. Az 1919. évi budget 12 millió dollár volt.

Az orvosok magatartása indokolatlan strike-ok alkalmával. A steier orvosok országos szövetsége elhatározta, hogy a jövőben minden valóban nyomós ok nélkül létesített strike alkalmával olyan üzemekben, a melyeknek szünetelése a lakosság széles rétegeinek fontos érdekeit sújtja (közlekedés, szénellátás, világítás, élelmezés, híradás stb.), a sztrájkolókkal és hozzátartozóikkal szemben az összes orvosok kivétel nélkül mindennemű működést beszüntetnek. A megokolás azt mondja, hogy ezzel az elhatározással az orvosok hazájuknak és rendszerető polgártársaiknak akarnak szolgálatot tenni, kimutatva, hogy milyen örültség azt gondolni, hogy a szegény népesség tönkretévése árán egyes foglalkozások önző érdekei elősegíthetnek.

Meghalt. *M. Thiemich*, a gyermekorvos tanára a lipcei egyetemen, 51 éves korában február 16.-án. — *G. Killian* tanár, hírneves gégeorvos, a berlini egyetem gégebeteg-klinikájának igazgatója, 61 éves korában.

Röntgen-szakorvos, ki komplett, modern Röntgen-felszereléssel rendelkezik, sanatoriumban vagy intézetben elhelyezést keres. Ajánlatok „Röntgen-szakorvos” jelígre a „Petőfi” Irodalmi Vállalathoz (VII., Kertész-utca 16.) címzendők.

Mindenemű physikalis gyógyító eljárás a néhai Dr. Reich Miklós-féle **Zander-gyógyintézetben.** Gyermektorna, Testgyejesítés, Soványítás. Igazgató-tulajdonosok: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilt Paula, Dr. Mandler Ottó. IV., Semmelweis-u. 2. Telefon: József 4–12. Két lift

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete IV., Ferenc József rakpart 26. Telefon József 56–76

Hüvösvölgyi Park Sanatorium Klimatikus, physikalis és diéta gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145–90

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA VII., Városligeti fasor 13–15. Telefon: József 52–29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratórium

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest A régi nagy hírű Sárospárdó 47° C forrásal

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár. Inhalatorium: dr. Tólvölgy Elemér, egyet. m. tanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratórium: dr. Simonyi Béla.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán
gyógyintézet
sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. **Budapest,**
VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma
IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22

LIGET- és PARK- SZANATÓRIUM RÖNTGEN-LABORATORIUMA.

Vezető-őorvos: **Dr. RÉVÉSZ VIDOR.**
Röntgen-mélytherapia Symmetrie-készülékkel, Wintz professzor módszere szerint.
Műtétek utáni prophylactikus besugárzások. Carcinomák, sarcomák, csont-, ízületi- és
peritonealis tuberculosis kezelése. Myomás és egyéb metrorrhagiák kezelése egy ülésben

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-,
nap- és légkúrák. Teljes ellátás
orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel
együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve.
Prospektussal és bővebb felvilágo-
sítással útlevelet-ügyben szolgál:

Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

Külföldi orvosi lapokra való

előfizetést eredeti áron vállal

Györi-Nagy hirdető iroda

Budapest, VII., Kertész-utca 16.

Salijodin.

Organikus jodkészítmény (tetraacetylsaliciniodid),
20% jodtartalommal.

Indikált: Arteriosclerosis, asthma, struma, scrophu-
losis, lues stb. stb. ellen.

Adagolás: 3-szor napjában 1-3 tabletta. (Íztelen,
könnyen szétrágható.)

Guajaglobin.

A guajacol colloid vegyülete haemoglobinnal.
Tablettánként 0.05 gr. guajacol.

Indikált: Tuberculosis, idült légzőszervi hurutok,
bélerjedések, epebántalmak stb. ellen.

Adagolás: 3-szor napjában 1-2 tabletta evés után.

Készíti:

ÖRKÉNY HUGÓ

„NAGY KRISTÓF” GYÓGYSZERTÁRA ÉS
GYÓGYVEGYSZETI LABORATORIUMA

Budapest, IV., Váci-utca 1.

GARAY SAMU és TÁRSA

BUDAPEST, IV., KOSSUTH LAJOS-UTCA 15. SZ.

Orvosi műszer-, kötszer- s művegtágyár. Betegápolási cikkek, has-
és sérvkötők, kórházi vasbutorok s állatorvosi műszerek raktára.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest,
IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

PÁLYÁZATOK.

1257/1921. szám.

Csonka Biharvármegyében a vármegye kettéosztása folytán meg-
üresedett vármegyei tisztii főorvosi állásra ezennel pályázatot hir-
detek. Ezen állás az 1904. évi X. t.-cikk értelmében a VIII. fizetési
osztály 3. fokozata szerinti évi 3600 kor. fizetéssel, 520 kor. lakbérrel,
1200 kor. útiátalánnyal, továbbá a fennálló törvények és rendeletek
alapján járó pótlékokkal van javadalmazva s annak elnyeréséhez az
1883. évi I. t.-cikk 9. §-a értelmében egyetemes orvostudori oklevél
és két évi orvosi gyakorlat igazolása, továbbá a 80 099/1893. sz. bel-
ügyministeri szabályrendelet szerint a tisztiorvosi vizsgálat sikeres le-
tétele kívántatik meg.

Az ezen képesítést igazoló okmányokkal, valamint felválthatósága
igazolásának másolatával ellátott, főispán úr ömeltósága, Kovács Nagy
Sándor dr.-hoz címzett pályázati kérvények hozzám f. évi márczius
hó 20.-áig adandók be, mert a később érkezett kérvények figyelembe
vételt nem fognak.

Berettyóújfalu, 1921 február hó 24.-én.

Baranyi András, alispán.

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen

Veifa-Werke · Frankfurt a/M.

Polyphos · München

testvérházaink

Röntgen- és villamos-gyógyászati készülékeit, minden
gyártmányú röntgensövet, röntgenlemezt stb.
eredeti gyári áron azonnal szállít:

Telefon:

ODELGA

Telefon:

68-16

Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.
Budapest, VI., Andrassy-ut 28.
Sürgőnyezim: Medodelga Budapest.

37-04

Fersan

Vas — fehérje — phosphor

Fersan-por.

(25, 50, 100 gr.)

Fersan-tabletták.

(0.25 és 0.5 gr.)

Brom-Fersan-tabletták.

(0.1 natr. brom.)

Jod-Fersan-tabletták.

(0.1 kal. jod.)

Arsenliquo-Fersan.

(Arsen és glycerophosphat.)

Fersan-cacao.

(20% Fersan.)

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszer-tára

BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszer-tárban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR FŐSZERKESZTŐ ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Klier Artur: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájáról. (Igazgató: Dr. Kétly László báró, ny. r. tanár.) A haemolytikus icterusról, 91. lap.

Torday Ferencz: A háborúnak és következményeinek befolyása Budapest gyermek-egészségügyére. 93. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület (III. rendes tudományos ülés 1921 január 29.-én). 95. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. Falta: Die Mehlfrüchtekur bei Diabetes mellitus. — Lapszemle. Szülészeti és nőorvos. Benthin: A hashártyagyulladásnak aetherrel való megelőzéséről és kezeléséről. — Betz és Walther: A choleval használata a gynækologiában. — Szemészet. Bergmeister: A szemizombénulásokról a lues korai másodlagos szakában. — Kisebb közlések az orvostudományra. 97–98. lap. Vegyes hírek. 98. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájáról. (Igazgató: Dr. Kétly László báró, ny. r. tanár.)

A haemolytikus icterusról.

Írta: Klier Artur dr., tanársegéd.

Naunyn és Minkowski híres kísérletével bebizonyították, hogy epefesték a szervezetben a májon kívül nem képződik, úgy hogy a haematogen eredetű icterusok létjogosultságát ezzel a kísérlettel megszüntnek tekintették. Az utóbbi időben azonban újra felveszik a haematogen icterus lehetőségét és v. d. Bergh¹ azt állítja, hogy a lépben is képződhetnek epefestékek, sőt a haemolytikus icterust a haematogen icterusok csoportjába sorolja.

Szabatos kémiai eljárások, melyekkel a bilirubint ki tudnánk mutatni, ismeretlenek, mert a leginkább használatos Gmelin-reactiót a Virchow által felfedezett haematoidin is adja, s ezért, ha valamely folyadékban pozitív Gmelin-reactiót kapunk, nem biztos, hogy epefestéktől ered-e. Az is lehetséges, hogy haematoidinból képződik epefesték. E szerint a strassburgi iskola álláspontját, hogy epefesték csak a májban képződhetik, nem minden esetben fogadhatjuk el, hanem meg kell engednünk azt, hogy ha extravasalis vérzés áll be, a haemoglobin szétesése alkalmával esetleg epefesték, vagy hozzá igen közelálló oly anyagok képződhetnek, melyek pozitív Gmelin-reactiót adnak.

Az a kérdés, hogy tud-e a szervezet a májon kívül annyi ilyen festékanyagot termelni, a mely a szervezetet megtelíti és icterust idéz elő, nincs még teljesen tisztázva. Való azonban az, hogy vannak icterusok, a melyekben nem egyedül az epepangás az icterus oka, hanem más tényezők is szerepelnek, vagy legalább is az icterus keletkezését nem tudjuk egyedül a máj epetermelési képességével magyarázni.

Minkowski és Stern² kísérleteiből arra következtetett, hogy tetemes mennyiségű epefesték a májon kívül nem képződhetik és így csak a hepatogen icterus lehetőségét vették fel. Tagadták tehát a Quincke-féle anhepatogen icterus létezését. A kísérleteikben használt toluylendiamin és arsenhydrogen haemolysist idéz elő a keringő vérben, icterust azonban csak akkor, ha a máj epefestéket termel.

Mac Nee,³ a ki a Naunyn-féle kísérleteket megismételte, kimutatta, hogy a májától megfosztott libán arsenhydrogennel lehet, ha nem is nagyfokú, icterust előidézni; mint Aschoff-tanítvány azt hiszi, hogy az epefesték képződésének helye a Kupfer-féle sejtekben van, tehát a reticulo-endothel rendszerben. Ehhez teljesen hasonló rendszer van többek között a lépben is és azt veszi fel, hogy esetleg a lépben vagy a csontvelőben is képződhetik epefesték, a mi májtanlan állatban az icterus oka lehet. H. v. d. Bergh és Snapper,⁴ a kik egy eset-

ben operatio közben a peripheriás és lépvena-vér közötti különbséget vizsgálták haemolytikus icterusnál, s a lépvena-vérben sokkal több epefestéket találtak, mint a peripheriás vérben, Mac Nee, illetve Aschoff felvételét bebizonyították veszik. Ezekből a kísérleti eredményekből Eppinger arra következtet, hogy nem minden körülmény között kizárólag csak a máj részes az epefesték-termelésben.

Physiologiai viszonyok között az epefesték haemoglobinnél képződik. És minél több a szétesett vörösvérsejt, annál több az epefesték. Ha haemoglobint fecskendezünk be epefistulás kutyába, akkor az első néhány órában (5–6) kevesebb epe képződik és az sokkal sűrűbb, mint a rendes epe és csak néhány óra múlva indul meg a bővebb epe kiválasztás (Stadelmann), úgy hogy ezzel a kísérlettel bebizonyítottak lehet venni, hogy az epe a haemoglobinnél képződik. Brugsch,⁵ Yoshimoto és Kawashima⁶ különböző vérfestékszárma-
mazékok befecskendezésének következményeit figyelték és arra a meggyőződésre jutottak, hogy a vérfestékfelesleg mint epefesték, illetőleg annak származéka hagyja el a szervezetet.

Hogy a máj az epetermeléshez szükséges haemoglobint úgy szerzi-e, hogy a rajta keresztülművő vörösvérsejteket feloldja, vagy már félig feloldott állapotban levő vörösvérsejtek szolgáltatják ezt a célt, nem lehet tudni. Ezen a téren eltérők a nézetek. Valószínűleg az úgynevezett globulifer sejtek szolgáltatják az epetermeléshez szükséges anyagot, vagy haemoglobint a máj Kupfer-sejtjeihez. A termelt epe a májsejteken keresztül az epecapillarisokba és onnan a ductus hepaticusba kerül.

Ha valami akadály kerül az epevezetékekbe, akkor az epe nem veszi a rendes útját, hanem vagy a ductus thoracicus útján, vagy pedig az erek útján bekerül a vérkeringésbe és ott egy bizonyos concentráción túl keringve, icterust idéz elő. Ezen folyamatot Minkowski⁷ parapedesisnek nevezi, Pick⁸ paracholiának.

Eppinger⁹ vizsgálatai az epecapillarisokat illetőleg bebizonyították, hogy ha az epevezetékben bármiféle oknál fogva pangás jön létre, akkor ez a pangás először a finom epecapillarisok kitágulásában fog nyilvánulni és különösen az intracellularis epecapillarisok fognak erősen kitágulni. Ha a pangás nagyobb fokot ér el annyira, hogy már a falak ellenálló ereje nem tud neki ellentállni, akkor apró repedések támadnak, a melyeken keresztül az epe a nyirokutakba, vagy ha a vércapillarisokba történik az áttörés, akkor közvetlenül a vérbe kerül. Mint mechanikai akadályok az általa leírt epe-thrombusok szerepelnek és ezek főleg olyan helyeken foglalnak helyet, a hol trabecularis vezetékek vannak. Umber¹⁰ megelégszik ezen magyarázattal és minden icterust ezen epe-thrombusoknak tulajdonít.

E felvétellel mégsem lehet az összes icterusokat mechanikai alapon magyarázni; vannak icterusok, a melyeknél másképpen kell hogy a dolgok álljanak, mert nem téte-

lehető fel, hogy ha egyszerű pangásos icterussal van dolgunk, akkor lépexstirpacio után az icterus meggyógyul. Mi a magunk részéről tisztán elméleti alapon nem tudjuk magunknak ezt így megmagyarázni.

Fel kell tehát vennünk, hogy léteznek olyan icterusok is, a melyek létrejöttében a májnak okvetlenül nagy szerepe van, de mégsem ő egyedül a hibás, hanem más factoroknak is szerepelniök kell az icterus létrejöttében.

Ilyen icterus-faj a haemolytikus icterus.

Az utóbbi időben alkalmunk volt közvetlenül egymás után két ilyen icterus-esetet észlelnünk, és minthogy aránylag ritkább kórkép, nem tartjuk teljesen értéktelennek szerzett tapasztalatainkat közölni.

I. eset. H. E. 23 éves szabósegéd. (Felvéve 1920 szeptember 22.-én.) Születése óta sárga; a klinikát lázas bronchitis miatt kereste fel. Anyja 36 éves kora óta állítólag csak az arcában sárga. A betegünk születésekor nem volt sárga. Apja és anyja családjában tudtával más még rövid ideig tartó sárgaság sem volt. Tíz testvére közül egy sem sárga. Tíz éves korában a poliklinikán salvarsan-injectiót kapott. Állítólag sohasem volt beteg, sárgasága miatt sem érezte magát betegnek. Állandóan dolgozott kielégítő munkakedvvel. Folyó évi szeptember 20.-án rázóhideg kíséretében léptáji fájdalmak jelentkeztek. Sárgasága nem mindig egyforma erős, napos, meleg időben a sárgasága kisebb, hidegben, eső előtt kifejezettebb. Ha hideg fürdőt vesz, erősebben megsárgul. A vizelete állandóan — ritka kivétellel — sötét barnásvöröses, széke mindig barna volt, szürkés székre nem emlékszik.

Status praesens: A bőr és conjunctiva kifejezetten sárga színű, inkább narancsba játszó. A bokák táján kisfokú oedema. A szív rendes nagyságú, a szívcsúcson systolés zöreje hallható. Egyébként ép mellkasi szervek. Has elődomborodó. A köldökig érő, sima felületű, elég kemény tapintatú, éles szélű, nem fájdalmas lép 25×12.5 cm. átmérőjű. Máj rendes nagyságú. Egyéb eltérés nincs.

A vizelet napi mennyisége a klinikai megfigyelés ideje alatt 2500–4000 cm³ között ingadozott, fajsúlya 1015–1020, savi vegyhatású, sötét-barnás színű, csak időnként válik világossá, benne bilirubint és vért egész klinikai tartózkodása alatt nem tudtunk kimutatni, de urobilinogen és urobilin mindig tetemes mennyiségben volt benne.

A szék formált, benne sok urobilin és bilirubin. Mikroszkop alatt a zsíremésztés rendszernek látszik.

A vérvizsgálat bejövetelekor 40% haemoglobint, 2,615,000 vörösvérsejtet és 6500 fehérvérsejtet mutatott, a mi arsenes kezelésre október 23.-án 65% haemoglobinnal, 3,150,000 vörösvérsejtre és 8000 fehérvérsejtre, majd november 13.-án 72% haemoglobinnal, 3,250,000 vörösvérsejtre és 9200 fehérvérsejtre javult. A fehérvérsejtek kvalitatív viselkedése rendes. A vörösvérsejtek a festés kielégítő, anisocytosis, kisfokú polychromatophilia, néhány magvas vörösvérsejt és Jolly-féle testek mutathatók ki. A vörösvérsejtek resistentiájának megállapításakor teljes haemolysis 0.45%, NaCl-oldattal. A beteg vérsavója sem idegen egyén sejtjeit, sem pedig birkavérsejteket nem old. Wassermann-reactio negatív.

A beteg serumában bilirubin kimutatható. A beteg vére a fent leírt quantitativ javulással párvonalosan aképpen javult, hogy később a magvas vörösvérsejtek eltűntek és a polychromatophilia is csökkent.

A verejtékben többszöri vizsgálattal sem urobilint, urobilinogent, sem pedig bilirubint nem tudtunk kimutatni.

A máj functió vizsgálat (október 9.-én) laevuloseval negatív eredményt adott.

A lép a megfigyelés ideje alatt nagyságát tetemesen változtatta, néha alig három harántujjal érte túl a bordaívot, máskor a köldök alá ért és ha a lép kisebbedett, az icterus kevésbé volt intenzív, ha nagyobb lett, erősebbé vált az icterus is.

2. eset. Sz. L. 21 éves egyetemi hallgató. (Felvéve 1920 júliusban.) Családjában sárgaság nem fordult elő. 1902-ben kanyarója, 1904-ben valami fertőző betegsége volt, de nem tudja mi, orvosi rendeltetésekor karlsbadi kúrát tartott. Azóta időnként délelőtti hányás jelentkezik. 1910-ben egy alkalommal elrontotta a gyomrát és azóta állandóan sárga. Sárgasága hol erősebb, hol gyengébb, de sohasem szűnt meg. 1916-ban orvosa egy lázas hidegrázással járó megbetegedése kapcsán lép- és májnagyobbodást állapított meg. Két hónapi kezelés után a mája és lépé állítólag rendes nagyságúvá vált. 1917-ben elrontotta a gyomrát és étkezés után 2–3 óra múlva erős gyomor-, máj- és léptáji fájdalmak voltak. Ezen görcsös fájdalmak két hónapon keresztül naponta ismétlődtek és lépé megnagyobbodott. 1918-ban egy hónapon keresztül naponta étkezés után jelentkező görcsei voltak. 1919-ben Karlsbadban eredménytelenül kezelték, lépé megnagyobbodott. 1919 október óta állandóan keménynek és nagyobbak érzi lépét és máját. Ha megfázik, úgyisintén télen a vizelete sötétebb színű. Széke időnként hasmenéses, de szintén sohasem volt.

Jelen állapot: A sclerák és a bőr feltűnően sárga, de a rendes icterus színétől nem tér el. Belső szervei, a májat és lépét kivéve, rendesek. A máj alig éri túl a bordaívot, felfelé kissé meg van nagyobodva. A lép a klinikára való felvételekor három harántujjal éri túl a bordaívot. Felvétele alkalmával a vizelet sötétbarnás-vöröses, benne vér és bilirubin negatív, urobilin és urobilinogen erősen pozitív. 1012 fajsúlyú, amphoter. Az üledékben semmi rendellenes nem látható, kivéve egy alkalommal, a mikor az üledékben elég jól mozgó amoebákat

láttunk egy praeparatumban, de ezen lelet nem ismétlődött, úgy hogy fontosságot nem tulajdonítottunk neki. A szék rendszeren festékezett, benne bilirubin és hydrobilirubin ki volt mutatható. Vérvizsgálat felvételekor: 54% haemoglobint, 3,250,000 vörösvérsejt, 14,500 fehérvérsejt. A fehérvérsejtek egymásközi aránya rendes. A festett készítményben anisocytosis, poikilocytosis, néhány magvas vörösvérsejt és substantia granulo-filamentosa (Jolly-féle test) található. A próbareggeli és gyomorröntgen rendes viszonyokat mutat. A vörösvérsejtek resistentiája NaCl-oldattal szemben: teljes haemolysis 0.35%-tól lefelé. A serum sem saját, sem idegen, sem pedig birkavérsejteket nem oldott. Wassermann-reactio negatív.

A beteg vérsavójában igen sok bilirubin mutatható ki, míg urobilinogen negatív. Az izzadságban epefestéket vagy urobilint kimutatni nem sikerült.

A beteg kezét néhány perczig hideg vízben tartatva (Bettmann¹¹-féle kísérlet), az utána óránként felfogott vizeletben sem haemoglobint, sem vérsejt-stromát kimutatni nem lehetett. Másnapra az icterus valamivel intenzívebb lett, de a serumban haemoglobint kimutatni nem sikerült.

A kísérletet nyolcz nap múlva megismételve, a beteg serumában kisebbmértvű haemolysis kimutatható, máskülönben a lelet ugyanaz.

A máj functió vizsgálat laevuloseval negatív eredményt adott. A lép functió vizsgálat adrenalinnal nem történt.

A fent vázolt két kórtörténet kivonatát megfigyelve, az első pillanatra úgy látszik, mintha két azonos icterussal volna dolgunk, mert mindkettőben megtaláljuk az urobilinuriát, bilirubinaemiát, léptumort, hosszú tartamot, a nélkül, hogy az 1. esetben a beteg tulajdonképpen betegnek érezné magát, de ezen két eset, ha mindenben hasonlít is egymáshoz, mégsem azonos, mert az egyik eset (1.) veleszületett Minkowski-Chauffard-féle, a másik pedig (2.) egészen fiatal korban acquirált Hayem-Vidal-typusú icterus.

Mindkét eset a haemolytikus icterusok csoportjába tartozik, tudniillik azon icterusok közé, a hol az icterus létrejöttét a fokozott vörösvérsejt-széteséssel hozzák összefüggésbe.

Egész bizonyossággal megmondani, hogy mi okozza ezen icterusokat, a mai napig nem tudjuk. Vannak egyes mérgek, mint a toluyldiamin, gombamérgek, nitritek, a melyek in vitro haemolytikusan hatnak és az állati szervezetre befecskendezve, hasonló icterust idéznek elő, úgy hogy ezen icterusoknál is felvehető valami káros noxának befolyása a vörösvérsejtekre, a mely azok fokozott szétesését idézi elő és a mely pleiocholiára vezet és ez életfogytiglani icterust eredményez.

Az e fajta icterusokat, nem tekintve az aetiológiai momentumokat, a melyeket nem ismerünk, a rendes icterusoktól megkülönböztetni igen könnyű akkor, ha egyáltalán egy nem pangásos icterus lehetőségére gondolunk.

Az anamnesisben szereplő hosszú tartam, a melynél tekintettel kell lennünk az öröklődési viszonyokra, az icterus megjelenésének idejére és egyéb felsorolandó tünetekre, mindig megengedi a két icterusfaj egymástól való megkülönböztetését.

Első esetünkben, részben azért, mert a beteg anyja is sárga, részben pedig azért, mert betegünk születése óta sárga, arra kell következtetnünk, hogy hereditarius icterussal van dolgunk. Minthogy betegünk anyja sárga fiának születésekor még nem volt sárga és csak 8 év után vált azzá, arra kell gondolnunk, hogy ezen betegségnek van egy latens alakja, a mikor az illetőn a betegség tünetei még nem mutathatók ki, de valami kiváltó ok, mint lázas betegség a mi betegünk anyjánál, a sárgaság kitörését elősegíti. Ha ebből az esetből következtetni szabad, akkor a szerzett haemolytikus icterusok az utódokra átörökölhettek. Benjamin és Sluka¹² esetében is egy szerzett(?) icterus öröklődött át két generáción keresztül.

Arra vonatkozólag, hogy lépexstirpációval meggyógyított haemolytikus icterusos utódai között voltak-e sárgák, az irodalomban adatokat nem találtam.

Mindkét esetünk nagyjában megegyezik egymással, mert a haemolytikus icterus majdnem összes tüneteit megtaláljuk bennük.

Az ilyen icterusokat a betegség hosszú tartama jellemzi, a mely idő alatt az icterus intenzitása változik. Egyik esetünkben (1.) a beteg sohasem érezte magát betegnek, munkakedve és munkaképessége egyáltalán nem szenvedett, úgy hogy ezen esetünkre talál Chauffard¹³ megjegyzése: „ces

malades sont plus ictériques que malades". Ezen teljes jó-érzést az epesavak hiányával szokták magyarázni. Bőrviszkedés és általában mindazon tünetek, a melyek a pangásos icterusokat jellemzik, hiányzanak. Az icterus intenzitását a legkülönbözőbb dolgok befolyásolhatják; az egyik esetünkben az eső előtti levegőelhűlés és hideg időjárás károsan, a meleg kedvezően befolyásolta a betegséget. A másik esetben pedig az étkezések és különösen zsíros ételek voltak azok; a melyek idő-, illetve hőmérséklingadozások mellett, károsan befolyásolták az icterust. Az irodalomban még felemlítenek graviditást, testi megerőltetést, erős vérzést és egyebeket. Az egyik betegünkön meg sem látszik, hogy beteg, a sárga bőrt leszámítva, erős izmos férfi; a másik (2.) kissé gracilis termetű és inkább teszi beteg benyomását.

Első esetünkben, mint említettük, semmi kellemetlenség az icterus részéről nem volt. A másik esetünkben éveken keresztül részben az étkezéstől függően, részben függetlenül, a májtájr, a lépre és a gyomorra lokalizált görcsök jelentkeztek, a melyeket az irodalomban mint pseudocholelithiasis rohamokat írtak le. Nekünk alkalmunk volt egynéhány ilyen rohamot észlelni, de teljes pozitívással megmondani, hogy pseudocholelithiasis vagy valódi cholelithiasis roham volt-e, nem tudjuk. Az epehólyag egyáltalán sem a roham alatt, sem utána nem volt tapintható. Az icterus a roham után nem fokozódott, a serum epetartalma nem szaporodott. Az irodalomban említene ezen icterusoknál valódi pigmentköveket is (Minkowski, Eppinger¹⁴), úgy hogy azt eldönteni, hogy valódi vagy álepekőrohammal volt-e dolgunk, nem tudtuk.

Mindkét esetünkben a klinikai megfigyelés alatt a vizeletben urobilint és urobilinogent állandóan ki lehetett mutatni tetemes mennyiségben, míg bilirubint és vért sohasem. A serumban azonban állandóan csak bilirubint lehetett találni. Ez talán egyike a legfeltűnőbb tüneteknek, a melyek ezt az icterust a többi icterustól megkülönböztetik. Sajnos, a jelenlegi nehéz viszonyok között pontos quantitativ vizsgálatokat icterus esetekben kémilöszérhiány miatt nem végezhetünk és így csak arra kell szorítkoznunk, hogy sokkal vagy kevésbé fejezzük ki talált eredményeinket.

A vizeletben sorozatos urobilin-meghatározásokat ily icterus-esetekben Eppinger végzett, a ki a napi mennyiséget a vizeletben 0.01 gr. körül találta, és Schön,¹⁴ a ki napi 0.07—0.22 gr.-ot talált. Mi, mint mondtuk, csak a qualitativ megállapításokra szorítkoztunk és azt vettük észre, hogy a napi urobilinkiválasztás nagyobb ingadozásoknak van kitéve. Azonban az urobilinkiválasztás és icterus intenzitása között összefüggést kimutatni nem tudtunk.

Azt a feltűnő tünetet, hogy bilirubinaemia mellett miért van csak urobilinuria és nem bilirubinuria is, megmagyarázni nem tudjuk, dacára annak, hogy a legkülönbözőbb teoriákat állították fel.

Huber¹⁵ felvette, hogy a vesék a bilirubint csak egy bizonyos koncentráción túl bocsátják át. Minthogy ilyen icterusoknál az epevezetékek átjárhatóak, a máj a vér epefestékét állandóan felfogja és a bélhez továbbítja, úgy hogy a vér epefestékconcentrációja nem nő. Ennek következménye volna az, hogy a vese ily icterusoknál nem bocsátja át az epefestéket. Ezen feltevés, bármennyire tetszetős is, nem áll, mert az ilyen haemolytikus icterusoknál a vérben epefesték részben sokkal nagyobb koncentrációban keringhet, mint az úgynevezett pangásos icterusoknál, a hogy azt Strauss¹⁶ összehasonlító vizsgálatai bizonyítják. Haemolytikus icterusoknál 151, illetve 181 mgr. és pangásosnál 75, illetve 106 mgr. bilirubint talált 100 cm³ vérben. A mi tapasztalataink is, dacára annak, hogy qualitativ vizsgálatok nem történtek, ezen adatokat megerősíteni látszanak, a serum epefestéktartalmának ingadozását mutatják.

Herscher, Gilbert és Lereboullet¹⁷ szerint a vérben rendes körülmények között is csekély mennyiségű epefesték kering — a mit utóbbi időben H. v. d. Bergh¹⁸ finomabb technikával megerősít — és ez a vesében átalakul urobilinné és mint ilyen lesz kiválasztva. A haemolytikus icterusoknál

ezen physiologiás folyamat fokozott volna. Ezen teoriára Eppinger¹⁹ megjegyzi, hogy a keringő vérben ennek alapján nem lehetne urobilint kimutatni, de szerinte ezt ki lehet mutatni. A mi két esetünkben ez nem sikerült. Eppinger éppen az ő általa több esetben észlelt urobilinaemia miatt arra a feltevésre jut, hogy ilyen icterusoknál a vese nem tud bilirubinból urobilint készíteni, hanem, ha urobilin és bilirubin együttesen kering a vérben, akkor a vese az urobilint átbocsátja és a bilirubint visszatartja.

Eppinger szerint feltehető az is, hogy a pangásos icterusok és a haemolytikus icterusok bilirubinja között is valami differentia lehet és a pangásos icterusnál a bilirubin mint felesleges salak szerepel, míg a haemolytikusnál mint olyan anyag, a melyre a szervezetnek még szüksége van.

Hogy miképpen állanak a dolgok a bilirubin visszatartásával a haemolytikus icterusnál, nem tudjuk, s nem is oly egyszerűen magyarázható. Való az, hogy az ilyen haemolytikus icterusban szenvedő egyének izzadságában sem bilirubint, sem urobilint kimutatni nem sikerül, legalább nekünk nem sikerült, tehát a szervezet nagyon nehezen adja le. Leube-nek sikerült ily icterusnál az izzadságban epefestéket kimutatni. Lehet, hogy a szervezetnek szüksége van erre a festékanyagra, de lehet az is, hogy a szervezetben képződtek anyagok, a melyek az epefesték kiválasztását meggátolják. Nézetünk szerint az utóbbi valószínűbb, mert ha a haemolytikus icterusban szenvedő beteg lépét extirpáljuk, akkor a bilirubin a vizelettel is ki lesz választva. A mi véleményünk szerint tehát haemolytikus icterusnál a festékanyag kiválasztási képtelenségének okát éppúgy, mint az egész betegség okát, a lépben kell keresnünk és lehetséges, hogy a lép olyan anyagot is produkál, a mely a mellett, hogy a vörösvérsejtekre hat, a vese átjárhatóságát is befolyásolja. De erre még visszatérünk.

A szék a mi két esetünkben éppúgy, mint a többi eddig közöltben, mindig festenyzett volt, tehát az epeutak mindig átjárhatóak. Aránylag kevés adat van az irodalomban a quantitativ urobilinmeghatározásokról. A legutóbbi időben megjelent Schön-féle²⁰ közlemény szerint az urobilinkiválasztás a székben 0.32—1.14 gr. között ingadozik, a mi vizsgálataink sok urobilint mutattak. Ebből felvehető, hogy az epeutak a bél felé állandóan átjárhatóak.

A háborúnak és következményeinek befolyása Budapest gyermekegészségügyére.

Írta: Torday Ferencz dr., egyetemi magántanár, az állami gyermekmenhely helyettes igazgatója.*

(Vége.)

A háború alatt született és a háborút átélt gyermekek életének könyvvezetésében az eddig felsoroltak jórészen egyszerűen regisztrálhatók és ezzel elintézhettek. Most azokra akarok rátérni, melyek többé-kevésbé az egész életen át le nem záródó számlát nyitnak meg. A háborúnak és az azt követő időnek a rachitis, a lues és a tuberculosis elterjedése, ezen betegségek kórképeinek kialakulására gyakorolt befolyásával fogok röviden foglalkozni.

Sokat vitatott, nyílt kérdésekhez tartozik a rachitisnek, rachitis tardának és osteomaláciának egymáshoz való viszonya. A táplálkozás milyenségének döntő befolyását sokan tagadták. Úgy látszik, hogy rossz úton jártunk, mert a háborús blokádkövetkeztében Németországban nagy átlagban egyforma zsír- és fehérjeszegény lett a szűk adagokra szabott, kevés calóriájú általános táplálkozás. A német szerzők főképp annak tudják be, hogy a rachitis időbeli lefolyása eltolódott. Míg rendes táplálkozási viszonyok között a csecsemőkör végén, a kisgyermekkorban jelentkező angolkór heveny tünetei körülbelül a harmadik évben megszűnnek és a közben támadt csontelváltozások megállapodnak, illetve növekedés útján lassan eltűnnek, addig a háború harmadik éve után egyrészt

* Előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1920 november 13.-án tartott ülésén.

a rachitis gyakoribbá válását és általános súlyosbodását és tartamának lényeges meghosszabbodását állapíthatták meg. A gyermekek általában későbbben kezdtek el járni, feltűnően megsaporodtak közöttük a rachitis következtében növekedésükben visszamaradt, törpe alkatú gyermekek. Nagy valószínűséggel megállapították azt is, hogy a legyengült szervezetű anyák gyermekei angolkórra hajlamosabbnak mutatkoztak. Egyértelműen a rachitis tarda-esetek megsaporodásáról tesznek jelentést, a mely főképp a 14—19 év közötti súlyosabb munkát végző fiatalságot lepte meg. Nagy számmal láttak mindenféle, főképp 19 és 30 év közötti nőknél osteomalaciás tüneteket, férfiakon és nőknél egyaránt sok spontán csonttörést és mind ezeken, mind a csontműtétek alkalmával megrosszabbodott gyógyulásra való hajlamosságot, a callus-képződés késlekedését.

Az angolkórnak gyakoriságára vonatkozólag számszerinti adatokat nem közölhetek, de idézem Bókay tanár szavait: „Ha visszatekintünk a lefolyt hat évre és gyermekanyagunk mai állapotát is tekintetbe vesszük, látjuk, hogy az angolkór kifejlődése tetemesen felszaporodott és az élet első három évében előmutatott gyermekeknek több mint fele mutat angolkóros stigmákat s a súlyos rachitis-esetek a fővárosi gyermekeknél ma egyáltalán nem tartoznak a ritkaságok közé.”

Nehéz feladat már most eldönteni a háborúnak és következményeinek befolyását a jövő nemzedék bujakóros voltára, más szóval a kórismézett és elkönyvelt veleszületett bujakóros esetek számából a veleszületett bujakór gyakoriságára következtetni. *Hochsinger*, a ki évtizedek óta a legbehatóbban foglalkozik a veleszületett bujakórral, a háború előtt és háború alatt összegyűjtött statisztikai adatokból arra következtet, hogy a bujakórosan születettek száma a háború alatt nemcsak abszolút számokban, megfelelően a szülési számok megkevesbbedésének, hanem százalékokban is Bécsre vonatkoztatva 22%-kal megkevesbbedett. *Hochsinger* ezen viszonyok megjavulását a kombinált salvarsan-kéneskezelésnek, főképp a primaer syphilis általánossá lett abortív kezelésének tudja be, a minek következtében lehetségessé válik a frissen szerzett lueszt úgyszólván kupirozni s ezzel átolthatóságát megszüntetni. Úgy látszik, hogy előnyös befolyást gyakoroltak a katonai hatóságok által foganatosított általános prophylaxisos intézkedések is.

A budapesti Stefánia-gyermekkorház nagy ambulans beteganyagában a bujakóros esetek számarányában alig van eltérés. 1913-ban az ambulansok 0.62%-án állapítottak meg veleszületett bujakórt, ezen arányszám 1914-ben 0.9, 1915—1916-ban 0.78, 1917—1918-ban 0.98, 1919-ben 1.10% volt. Az ingyentej-egyesület gyermekrendelésén 0.40-ről csak 1.40-re emelkedett fel. A Stefánia-gyermekkorházi adatokhoz Vas azon okoskodást fűzi, hogy ezek az adatok nem zárják ki azt, hogy a lueses felnőttek száma megszorodott volna, hanem azt tartja valószínűnek, hogy a frissen szerzett, igen recens virussal fertőződött anya előbb többször elverél, azután halvaszületetteket és koraszülötteket hoz a világra, a lueses csecsemők pedig csak az évek múlva bekövetkező terhességekből fognak születni, mikorra a lueses vírus részint a kezelés következtében, részint idővel spontán veszít befolyásából. Tehát az a valószínű, hogy a bujakórnak a háború alatti elterjedése a veleszületett bujakóros esetek számában csak néhány év múlva fog megnyilvánulni. Az állami gyermekmenhely adatai ezen feltevésnek nem mondanak ellent. A külső gondozásba egészségesen kihelyezettek között most is ritkán esik meg, hogy a később fejlődött lues miatt intézeti gyógykezelésbe visszakerülnek. Az intézetben gyógykezelték között 1918-ban 2%-ot, 1919-ben 4.3%-ot tett ki a luesesek arányszáma. Most 7.4%-a a menhelyben gyógykezelés alatt állóknak szenved congenitalis luesben. Az arányszám most talán azért is nagyobb, mert azóta, hogy a menhely igazgatását átvettük, minden a menhely kórházába felvett anyán és csecsemőn rendszeres Wassermann-vizsgálatot végeztek és így a congenitalis lues-esetek számába azok is belekerülnek, amelyekben nincs tünet és a körjelzés csak a vérsavó-vizsgálat eredményére támaszkodik.

Most jutottam el a jövő nemzedéknek hazánk jövő sorsára legdöntőbb jelentőségű kérdéséhez, a gyermekkori *tuberculosisnak* tárgyalásához. A háborúban és az ezt követő időben gyűjtött adatok megbeszélése előtt a következő közismert tételeket kell emlékeztetükbe idéznem.

A tuberculosis a legritkábban öröklődik. Ha igen, akkor feltétlenül megöli a csecsemőt. A csecsemő- és kisgyermekkorban gümőkórral fertőzötteknek legtöbbje életképtelen. Azok, kik nagyon virulens bacteriumokkal fertőződtek, rendesen nagyon fiatalon pusztulnak el, míg azok, kik az ezen korban szerzett fertőzéssel megküzdnek, *Hamburger* és mások vizsgálatai szerint 20—25 éves korukban phthisisben mennek tönkre. A gyermekkor későbbi éveiben történt fertőzés bizonyos fokig a természet prophylaxisos védőhatásának fogható fel, miért is az activ tünetek nélkül levő, csupán tuberculin-reactio alapján tuberculosisallal fertőzöttek találtak sorsa sem tekinthető aggasztónak. Klinikai tünetek alapján a tuberculosis a gyermekkorban csak bizonytalanul körjelezhető. A kisgyermekkorban megállapítható tuberculosis megbetegedések prognosisa rossz.

A gyermekkori tuberculosis gyakoriságára, elterjedtségére, súlyosságára egyrészt a klinice diagnoskált esetek számarányából, másrészt a fertőzöttséget kereső tuberculin-oltások eredményéből és a gümőkóros halálozási statisztika adataiból lehet következtetni. Minthogy bizonyos vonatkozásokban a hiányzó hazai adatok pótlása itt is szükséges lesz, ezért előbb a németországi adatokat sorakoztatom fel. A háborús viszonyok hatásának megítélésére különösen a *Dawidsohn* által a berlini városi árvaház — mely intézet megfelel az állami gyermekmenhelynek — gyermekeiről közöltek idézhetem, mert ugyanezt az anyagot ily értelemben 1908—1909-ben *L. F. Meyer* is tanulmányozta. A berlini árvaház gyermekanyagában az ambulans vizsgálatnál 1908—1909-ben az 1 és 6 évesek között csak 1.3%-ban találtak tuberculosisban megbetegedetteket. 1913-ban ezen arányszám már 4.5%-ot tett ki. A 2 és 15 év közötti korban levő árvaházi gyermekek ambulans vizsgálatánál 1919-ben pedig már 6.4% tuberculosis-beteget találtak. A budapesti Stefánia-gyermekkorháznak az 1886—1895. évekre terjedő időben észlelt beteganyagából a tuberculosis minden kérdést illetően beható vizsgálat alá vettem és megállapíthattam, hogy ezen 10 év alatt a Stefánia-kórház ambulans anyagának 10%-a tuberculosis betegségben szenvedett. 15%-a a gyógykezelés végett felvetteknek tuberculosis természetű megbetegedésben szenvedett, míg az elhaltak 20%-a, a boncoltaknak 40%-a volt tuberculosis. Ez adatokkal szemben ugyanezen kórháznak 1909—1918. évi adataiból az az örömdetes tény állapítható meg, hogy 15 év alatt megkevesbbedtek a fővárosi gyermekek között a tuberculosis elterjedtségére klinikai vizsgálatokkal megállapítható esetek. Ugyanis 1909—1914-ig csak 443, illetve 5.51%-ot tettek ki, majd a háború alatt megromlott közegészségi viszonyok következtében gyorsan emelkedve, 945, tehát közel 10%-ot értek el, mint 24 év előtt, mikortól az általam feldolgozott adatok kezdődnek.

A két adat, a berlini városi árvaházé és a Stefánia-gyermekkorházé egyértelműen azt bizonyítja, hogy a háború alatt számottevően, 100%-kal megszorodott a tuberculosisban megbetegedett gyermekek száma. Ez adatok, bár maguk is ijesztők, semmiképpen sem fedik a valóságot, mert a tuberculosis gyermekeken nehezen és bizonytalanul körjelezhető. Épp ezért nagyon komoly következtetés vonható le *Dawidsohn* azon adatából, hogy a tuberculosis gyermekek 29%-án tüdőtuberculosisist állapítottak meg. A Stefánia-gyermekkorház általam feldolgozott 1886—1895. évi beteganyagában ez az arányszám csak 5.3%. *Dawidsohn*-nak a gyermekkori tüdőtuberculosis aránytalan megszorodását tudatá adatainak értékét még fokozza az a közlése is, hogy Berlinben a gyermekkori tüdőtuberculosis-halandóság a 0—6 évesek között a háború alatt 1913-tól 1917-ig 296, azaz közel 300%-kal rosszabb lett.

Most jövőnk a gyermekkori tuberculosis jelentőségének megítélésére alkalmas egyik legbiztosabb adathoz, a gyermek-

kori tuberculosis-mortalitási statisztikához. Berlinben 10.000 élből 1913–1917 alatt tuberculosis következtében a 0–1 évesek közül 4.48, az 1–2 évesek közül 14.66, a 2–3 évesek közül 16.49, a 3–4 évesek közül 12.35, a 4–5 évesek közül 11.81, az 5–6 évesek közül 2.51%-kal több halt meg, azaz 113%-kal romlott meg a berlini gyermekek tuberculosis-halálozási statisztikája. Hasonlóak kell hogy legyenek a budapesti adatok is, de ezek szám szerint nem állottak rendelkezésemre.

A tuberculosis-halálozás adatainak megítélésakor szintén számolnunk kell a diagnostikai tévedések elkerülhetetlen nagy lehetőségével. Aránylag legkisebb ez a gümös agyhártyalob kórképénél. Épp ezért a gyermekkori tuberculosis budapesti elterjedésére jól lehet következtetni azon adatokból, hogy a Stefánia-gyermekkórház beteganyagában az ambulánsok között ezen betegség arányszáma 1909-ben 0.146%-ot tett ki, 1915 óta pedig állandóan 0.346–0.327%-ot. A míg nehéz a klinikai tünetekből megállapítani azt, hogy valamely gyermekbetegséget a gümőkór okozza, tehát azt, hogy az illető gümőkórban szenved, oly könnyű megállapítani a gyermeki szervezetnek fertőzöttségét gümőkórral. A tuberculosis-bacillusok kultúrájának szűrlete, a Koch-féle tuberculin ugyanis gümőkórral fertőzött egyénbe beoltva jellegzetes helyi, illetve általános reakciót vált ki. Míg felnőtteken és nagyobb gyermekeken a pozitív tuberculin-reakcióknak tudvalevőleg nincs sem diagnostikai, még kevésbé prognostikai jelentősége, minthogy ebben a korban a klinikai tüneteket nem okozó, az elsődleges fertőződés helyére korlátozódott folyamat a szervezetet a mai felfogásunk szerint oly szükséges antitest-termelésre készíti, melylyel a későbbi virulensebb fertőzésekkel esetleg sikerrel megküzdhet, addig a csecsemő- és kisgyermekkori fertőződés tapasztalataink szerint nem ilyen jóindulatú latens folyamatot indít meg, hanem oly aktív folyamatot, melynek a csecsemő-, illetve kisgyermek-szervezet vagy már ezen korban áldozatul esik, vagy oly tömegű tuberculosis-bacillus marad a szervezetébe beraktározva, hogy azok bármi okból, főleg heveny fertőző kórok behatására bekövetkező aktiválódása a kisgyermekkorban szerencsésen leküzdött életveszélyes állapotot újból előidézheti. A fertőzödést lehetőleg korán kezdett és rendszeresen folytatott hygienico-diaetás rendszabályokkal, czélszerű nap-, illetve fénygyógymóddal sokszor sikerül leküzdeni s a korai tuberculosis fertőződés elharapódzó hajlamát ellensúlyozni. Épp ezért diagnostikai jelentősége, valamint terapeutikai irányító szerepe van a kisgyermekkorban kezdett, megfelelően kiválasztott és céltudatosan végzett tuberculin-reakcióknak. A tuberculin-oltásokkal szerzett adatok jogosan kétségbeejtő képet, megdöbbentő adatokat szolgáltatnak arról, hogy az azelőtt oly ritka csecsemő- és kisgyermekkori tuberculosis-fertőződés Németországban mily gyakorivá vált. Dawidsohn, Bardschmiedt, Umber, Kaszler, Sinwold adatai egyértelműen azt állapítják meg, hogy míg a csecsemőkorbéli tuberculosis-fertőződés számarányai nem változtak meg, azaz 2–4%-ot tettek ki, addig a második évben a pozitív cutantuberculin-reakciót adók arányszáma 10.2%-ról 23.6%-ra, a harmadik évben 8.1%-ról 22.8%-ra, a negyedik évben 25.1%-ról 40%-ra, az ötödik évben 29.1%-ról 30.5%-ra emelkedett, ellenben a 6 éveseknél az azelőtt 51.6%-ban megállapított pozitív reactio arányszáma 42.6%-ra szállott alá. Az érzékenyebb intracutan reakciókkal végzett vizsgálatok azt mutatták, hogy a kis gyermekeknek tuberculosis-fertőződése még ezen számarányoknál is jóval nagyobb. A vizsgálatok azt is megállapították, hogy a gyermekkori korai fertőződési viszonyok megváltozása a háború elején kisebb volt és azóta fokozatosan válik rosszabbá.

Ezen ténynek, a kisgyermekkor ijesztően nagyarányúvá vált tuberculosis fertőződésének okát keresve, az állapítható meg, hogy a háború általános egészségtelen életviszonyai következtében a gyermekek környezetében levő idősebb egyének közül aránytalanul sokon váltak a nyugovóra jutott inaktiv folyamatok activvá és újból fertőzőképessé. Másrészt a gyermekek háborús zsír- és fehérjeszegény, inkább szénhidrát-dús ételmezése nagyobb

vízmegekötéssel járt és ez is a kvalitatív és quantitativ kopálással együtt lefokozta a kis gyermekek ellenálló képességét a gyakoribbá vált gümös fertőzés lehetőségével szemben. A tartós rossz tápláltságnak a 6 évesnél idősebb gyermekeken viszont az lehet a következménye, hogy csökken az antitest-termelő képességük és azért adnak ezek kisebb arányszámban pozitív tuberculin-reakciót, mint a háború előtti években. A német szerzők mind hangsúlyozzák azt, hogy a háborút és azt követő időket átszenvedett gyermekvilág sorsára döntően fog befolyjni az a körülmény, hogy legnagyobb része már kisgyermekkorában gümőkórral fertőződött. Mint-hogy az általános életviszonyok nem javulnak meg, valószínű, hogy a kis gyermekek nagy része még ezen korban fog tuberculosisban elpusztulni, a mit máris kétségtelenné tettek a tuberculosis-halálozási statisztika újabb adatai. Másrészt valószínűleg a nagyobb iskolásgyermekkorban az akkor leggyakoribb heveny fertőző megbetegedések befolyása következtében fognak az aktiválódás veszélyébe kerülni. Végül *Hamburger* nézete szerint valószínűleg még fog szaporodni a mai nemzedékben a 20–25 éves korban phthisisben elpusztulók számaránya, mert adatai szerint ezek inkább azokból kerülnek ki, a kik 2–3 év közötti korukban, és kevésbé azokból, kik a 12–13 év közötti korban fertőződtek tuberculosisal.

A mi adatainkból is körülbelül ugyanezeket, sőt talán még nagyobb következtetéseket lehet levonni. A budapesti állami gyermekmenhelybe felvett összes gyermekeken, kiknek legnagyobb része egészséges és külső gondozásba helyeztetik ki, cutan-reakciót végeztek. A *Barabás Zoltán* igazgató-főorvos által feldolgozott adatok szerint már az egy éves koron alul levő csecsemők 11.2%-ában kaptunk pozitív cutan-reakciót, az 1–5 éves korban levők közül 33.9% reagált positive, az 5–10 év közöttiek közül 48.7%, a 10 évnél idősebbek közül pedig 46.7% adott pozitív reakciót. Tehát ugyanúgy, mint a németeknek, nekünk is *aggodalommal kell néznünk a mai gyermekvilág jövő sorsa elé.*

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(III. rendes tudományos ülés 1921 január 29.-én.)

Elnök: Flesch Nándor.

Jegyző: Hüttl Tivadar.

Réthi Aurél: Chondrosarkoma laryngis.

A lefolyás érdekessége és a teljes gégekiirtás utáni prima gyógyulást célzó és elősegítő technikai módosítás az, a melyre az előadó a bemutatott esetben a figyelmet felhívja.

A 15 éves, viruló külsejű leányka 1920 március 5.-én kereste fel a bemutatót. A gyermek anyja előadja, hogy a beteg két hét előtt sok genynyel kevert vért ürített. A vérzés napokon át tartott és tömeges volt. A gége vizsgálatakor kiderül, hogy a gégefedő alsó felszínén mandulányi, közepén sárgás, szélein rózsaszínű, síma felszínű s a jobb aryepiglottikus redő felé haladó térfogatnagyságú foglalt helyet. Bár az elváltozás daganat-jellege kétségtelen volt, tekintve a kör-előzményt, punctiót végzett. A punctio eredménye tiszta vér volt. A punctio után a szűrés helyéről állandó erős vérzés indult meg, a mely szűnni nem akarván, aggodalmat keltett. Tekintve, hogy daganatról volt szó s így külső gégeműtét különben is szükséges volt, a bemutató rászánta magát a gyors tracheotomiára azon czélból, hogy már régebben ismeretett gégevérzést csillapító eljárását alkalmazhassa. Ez abban áll, hogy a tracheotomia nyílásán át a gége felé, tehát felfelé Belocq-csővet vezet be; a rúgót benyomva s annak gombja a szájbán megjelenve, erre körtealakú tampont köt, melyet a gége lumenébe húz, mire a vérzés azonnal megszünt. A fonalat a tracheotomia nyílása előtt kis fadarabkán megerősíti. Ebben az esetben is a Belocq-csővet bevezette; de midőn a rúgót benyomta, annak éles széle a gégefedő laryngealis felszínén ülő daganatot lesodorta, úgy hogy az arcot hirtelen nagy mennyiségű vér öntötte el, a melyben sok szivacszerű daganatrész volt. A tampont sietve rákötötte a rúgóra s behúzta a gégebe, mire a vérzés rögtön megszűnt. A tampon két napig maradt benn; eltávolítása után vérzés

nem volt. A daganatrészek szövettani vizsgálata chondrosarkoma diagnózisát adta (Entz tanár). Márczius 15.-én pharyngotomia subhyoideát végzett, a mikor is a nyelvcsont alatt harántul behatolva, a daganatot az egészségesben vezetett metszéssel eltávolította.

Daczára a lehető gyökeres eltávolításnak, 1920 szeptemberében recidiva volt megállapítható, miért is szeptember 29.-én teljes gégekiirtást végzett. A seb per primam gyógyult.

Fontosnak tartja annak a hangsúlyozását, hogy gégekiirtás után ritka a prima gyógyulás. Ennek a legtöbb esetben az az oka, hogy a gége eltávolítása után visszamaradó nyálkahártya-hiány széleinek varrata után feszülés következik be. A bemutató a nyelvcsont elülső részét reszekálja, miáltal az ahhoz tapadva volt nyálkahártya szabaddá válik, hátra- és lecsúszik. Ha még fokozni akarjuk az anyag nyeresét, a musculus mylohyoideust, esetleg a musculus geniohyoideust is óvatosan átvágjuk, vigyázva melléksérülés elkerülésére s ily módon 4 cm.-nyi nyálkahártya-nyereséget is elérhetünk, mint-hogy a nyelv gyöki része lecsúszik. Ezzel nemcsak azt érjük el, hogy a feszülés megszűnik, hanem azt is, hogy a nyálkahártya-varratot a musculus constrictor pharyngissal teljesen körülölelve, szoros övbe foglaljuk s így a nyál keresztüljutását meggátoljuk.

Réthy Aurél: Kozmetikai orrműtétek.

Számos műtét előtti és utáni képen demonstrálja a kozmetikai orrműtétek jelentőségét. Külső heg nélkül — az orrbemenetben ejtett intranasalis metszésből kiindulva, az orr bőrét a porc, illetőleg csontos orrvázról felfejtve — sikerül a nagy orrot megkisebbiteni, a hosszú orrot megrövidíteni, a kampós orrot egyenes vagy akár felfelé concav formájúvá alakítani, a széles orrot megkeskenyíteni és csont behelyezéssel ugyancsak külső heg nélkül a besüppedt nyerges orrot finoman metszett orrá alakítani. A műtét maga helybeli érzéstelenítéssel teljesen fájdalomtalanul hajtható végre, complicatio nem fordul elő. A műtét után három napig duzzadt az orr, de a 8. napon az operált legtöbbször már társaságba is mehet. Lueses orrokon az orrgyökön ejtett külső harántmetszéssel át helyezi be a csontot. Ily módon az infectio elkerülhető. A bemutató kitér a fülkagyló deformitásainak correcturájára is. Képeken demonstrálja, hogy elálló fülkagylók műtéttel falhoz állóvá tehetők. E tekintetben vigyázni kell túlzott correctura kerülésére. Maga a fülkagyló túlságos nagysága esetén megkisebbithető, egyes részeinek aránytalansága megfelelően javítható.

Tüdös Endre: Osteogenesis imperfecta tarda.

A bemutatott eset 12 éves leányra vonatkozik, a kinek két éves korában tört el először a jobb czombja, majd kisebb-nagyobb időközökben eltörték a czomb- és lábszárcsontjai, összesen 13-szor. 4½ éves korában a hatodik törés után kezdtek görbülni az alsó végtag csontjai, ettől kezdve nehezebben járt, 9 éves korától nem jár. Két éves koráig testileg jól fejlődött. Családjában alkoholizmus, struma, lues, gümőkór s más hasonló megbetegedés nem fordult elő. Czombcsontjai nagyfokú kifelé való convexitást mutatnak, épp így a jobb lábszár. A bal lábszár csontjai szögeltörést mutatnak az alsó és középső harmad határán. Csontjai vékonyabbak, kéregállományuk vékony, csak a törések helyén vastagabb, normalis hosszúságúak. Igen vékony fibula. Fokozott sugárátbocsátás. A baj Loesser szövettani vizsgálatai szerint azonos az osteogenesis imperfecta congenitával. Aetiologiája ismeretlen. Az elkülönítő kórjelzés szempontjából szóba jöhet rachitis, osteomalacia juvenilis, chondrodystrophia foetalis, lues, csontcysta. Az anyagcsere-vizsgálatok a calcium-retentiót csökkentenek találták, ez calcium lact. és calcium acet. adagolására javult. Az organotherapia eredménytelen. A tört végtag rögzítése, phosphor és csukamájolaj belsőleg calciummal kombinálva, roborálás, jó levegő ad még legtöbb eredményt.

Kopits Jenő: Osteopsathyrosis-esetét említi, melyben két testvér közül az egyiket többszörös törés, a másikon a jellegző megterhelési csontfájdalmak alakjában jelentkezett a betegség.

Fekete Sándor és Fuchs Dénes: A terhességi vesemegbetegedésekről.

Fuchs Dénes: Vizsgálataik két dolognak a tisztázását célozták: 1. megállapítani a só- és vízszegény diatának hatását a terhességi vesebajos vizenyőre; 2. a terhesség alatt előforduló vesemegbetegedések diagnózisát és prognózisát pontosabban körülírni. Megállapításaik a következőkben összegezhetők: a nephropathia gravidarum egymástól elkülöníthető két alakját különböztethetjük meg: egy nephrosisos jellegű, a mely só- és vízretentióval, vizenyővel jár, de vérnyomás-emelkedés, a vérsavó maradék-nitrogénjének megsaporodása és szemfenéki elváltozások nélkül, és egy nephritises jellegű, a melynél előtérben áll az ér-retentio, a hypertonia, az azotaemia és a retinitis albuminurica. Míg az előbbi folyadék- és sószegény diatára jól reagál, az utóbbiban ez rendesen hatástalan és különösen a szemfenéki elváltozások gyors előhaladása miatt a terhesség megszakítására kerül a sor. Az eclampsia a nephrosisos jellegű esetekben szokott jelentkezni, de megjelenhet látszólag egészséges terheseken és gyermekágyasokon is. A nephropathia gravidarum mindkét alakját és az eclampiát eddig ismeretlen ártalom okozza, a mely az érfalakat bántalmazza, még pedig vagy csak a bőr alatti kötőszövet ereit (vizenyő, fehérjevezetés nélkül), vagy a bőr alatti kötőszövet és a vese ereit (nephrosisos jellegű nephropathia), vagy csak a vese ereit (nephritises jellegű nephropathia), vagy csak az agyvelő ereit (eclampsia). Természetes, hogy ezek a típusos esetek ritkák és rendesen vegyes alakokkal találkozunk.

Fekete Sándor: A II. számú női klinikán 1909-től 1920-ig gyógykezelt vesebajos terhesek sorsáról s a víz- és sószegény étrend mellett elért eredményekről számol be. Ezen 11 év alatt 42 olyan terhes nő fektült a klinikán, a kiknek vesezavarai a terhesség alatt olyan kifejezetten voltak, hogy gyógyításra szorultak. Összeállításuk csak azokra az esetekre terjedt ki, a melyekben a terhesség, a szülés és a gyermekágy egyaránt megfigyelés tárgya volt. A háború utáni években úgy a könnyű, mint a súlyosabb vesemegbetegedések arányszáma emelkedett, ezt a rosszul összeállított növényi táplálék nagy víz- és sótartalmának s az általános hygienés viszonyok romlásának tulajdonítja. Gyakorlati szempontból a prognózis különbözősége és a szövődmények miatt szükségesnek tartja a nephropathia gravidarum és a chronikus vesemegbetegedések különválasztását. 21 nephropathiás beteget észlelt. A fekvés, víz- és sószegény étrend hatása a vizenyőre, valamint a szívtágulás tüneteire meglepő: gyorsabb és tökéletesebb, mint a tejdiatáé. A betegek az étrendet jól tűrik. Eclampsia a hosszabb időn át sómentes diatán tartott esetekben csak egyszer mutatkozott, akkor is igen könnyű lefolyású volt. A terhességet 5 esetben kellett megszakítani, mindannyiszor retinitis miatt. A 21 anyának 17 élő, életképes gyermeke született (81%). 21 olyan esete volt, a hol régebben fennállott vesebajhoz csatlakozott a terhesség. Több esetben sikerült NaCl- és N-egyensúlyt létrehozni s a szülés idejét bevárni, de csak 9 élő gyermek született (42,8%). A terhességet 7 betegen kellett megszakítani (4 veseinsufficiencia, 2 uraemia + retinitis, 1 ablatio retinae + retinitis), 3 meghalt (uraemia). A terhesség megszakítására a gyors sebészeti eljárásokat ajánlja (vaginalis sectio caesarea). A terhesség megszakítása csak akkor jogosult, ha veseinsufficiencia, uraemia, retinitis, ablatio retinae vagy szívincompensatio tünete mutatkoznak s fekvésre, étrendi kezelésre nem javulnak. A javulás a veseműködést vizsgáló eljárásokkal ellenőrizhető.

Scipiades Elemér: Az utolsó 39 hónap alatt 57 vesebajjal szövődött terhességet észlelt. Eseteinek 43%-a eclampiával járt. Az összes esetekből meghalt 19,3%-a, az eclampiával szövődött esetekből 40%-a. Elvesztette az összes esetekből a magzatok 18%-át, az eclampiával szövődött esetekből pedig ugyanazoknak 28%-át. A született magzatok közül pedig az összes esetekből koraszülött volt 26%, az eclampiával szövődött esetekből pedig 28%. Azon kedvező eredményről számol be, melyet vesebajos terheseken kellő időben helyes vizsgálat alapján okszerűen alkalmazott diatás eljárással ért el. Kíváncsnak tartja oly diatá alkalmazását, mely a gyakorló orvos igényeinek is megfelel. A nephropathiák heveny esetei inkább hasonlítanak eclampiára, mint a

nephritisek. Az eclampsia kitörése esetén az anyára súlyosabb jelentőséggel bír, ha a rángógörccs nephritishez társul, mint ha nephropathiák kapcsán áll elő. A nephropathia és nephritis közti különbség a betegágyánál sokszor igen nehezen állapítható meg. A betegség lényegét illetően a szerzők véleményei még nagyon eltérők.

Pfeiffer Ernő: A terhességi vesemegbetegedések aetiológiájához szólva, megemlíti, hogy a terhességi vesejelenségek magyarázásakor az intoxicatio mellett a pangási, mechanikai okokat is méltányolni kell.

Fekete Sándor: *Scipiadés* anyaga megerősíti az előadásában említett tételeket. A vizsgálatokat a már kialakult irányban folytatják. A vizsgálatok a gyakorlatban is keresztülvihetők. A Pfeiffer említett pangásos esetek nem tartoznak tárgyalásuk körébe.

Fuchs Dénes: *Scipiadés* hozzászólására megjegyzi, hogy az esetek legnagyobb részében el kell dönteni azt, vajon terhességbeli vagy terhességen kívüli nephritis-szel állunk-e vagy állottunk-e szemben. A diaéta úgy van összeállítva, hogy minden követelménnyel számol.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Falta: Die Mehlfürchtekur bei Diabetes mellitus. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 24 márka.

A diabetes mellitus diatás kezelésének elvei az utóbbi időben meglehetősen gyökeresen megváltoztak. Régebben ugyanis a szénhidrátok szigorú megvonása állott az előtérben, most ellenben tudjuk, hogy a súlyosabb esetekben az acidosis elleni küzdelem legalábbis is éppen olyan fontos, mint a cukorvesztés elleni. Ezért most a szakértők nagy része nagyobb teret enged az amylaceáknak (az úttörő itt *Noorden* volt az ő zabliszt-kurájával), e mellett pedig nagy súlyt helyeznek a fehérjebevitel lehető korlátozására. Ennek a felfogásnak a híve a szerző is, a ki ritka világossággal megírt könyvében részletesen fejtegeti ezt a kérdést, gyakorlati útmutatást is adva a véleménye szerint leginkább célravezető diatá keresztülvitelére (különböző amylaceák és e mellett a fehérjebevitel erős megszorítása, közbeiktatott főzeléknappal, esetleg szigorú diatás napokkal). A részletesen közölt 41 kórtörténet alapján az olvasó maga alkothat magának véleményt az eljárás jogosultságáról. A könyvet igazán melegen ajánljuk olvasóink figyelmébe. Wenckebach tanárnak van ajánlva, a mi maga is ajánlás!

Lapszemle.

Szülészeti és nőorvostan.

A hashártyagyulladásnak aetherrel való megelőzéséről és kezeléséről értekezik *Benthin*, a königsbergi klinika főorvosa. Megelőző eljárásaként akkor alkalmazza az aethert, ha műtét közben a hashártya akár genynyel, akár fertőző rákos váladékkal szennyeződik. Kifejlődött hashártyagyulladás, így különösen magzatelhajtás utáni, valamint a méh sérülése vagy repedése kapcsán fejlődő hashártyagyulladás alkalmával pedig gyógyító eljárásaként alkalmazza az aethert. Hasmetszést végez a középvonalban és a nélkül, hogy a hasat öblögetné vagy pontosabban törölgetné, a hasseb alsó zúgába gaze-csíkot vezet, a mely a Douglason át a megnyitott hátulsó hüvelyboltozatba folytatódik. Műtét után 200 cm³ altató-aethert önt kis tölcseren keresztül a gaze-csík mellett a hasüregbe és fedőkötést helyez a hasseb nyílására, hogy az aether elpárolgását megakadályozza. Az aether hatását bacteriumölő, szív működést emelő és a haserekre gyakorolt összehúzó, tehát gyuladást gátló hatásból magyarázza. Az aether alkalmazása után a hőmérséklet esik, a pulsus javul és a bél működés is helyreáll. Eljárását 37 esetben alkalmazta a szerző, ezek között 25-ben kifejlődött hashártyagyulladásnál. Eredménye 56% mortalitás, a sepsises esetek levonása után 26.6%. Az eljárás hátránya az utólagos bélösszetapadásokon kívül az a kellemetlen következmény, hogy majd minden harmadik esetben körülírt mellhártyagyulladás, illetve tüdőgyulladás keletkezik, valószínűleg az aether-gőzöknek a rekeszizomra gyakorolt izgató hatása miatt. Az eljárás különben nem új. *Sigwart* 1918-ban megjelent kimerítő ismertetése előtt a strassburgi congressuson *Bumm*

tartott 1909-ben e kérdésről előadást. Nálunk mintegy 10 évvel ezelőtt az I. sz. női klinikán és azután a bábaképző intézetben alkalmazták több ízben az aethernek a fertőzött hasüri területre való öntését hashártyagyulladás megelőzése céljából. (Mediz. Klinik, 1921, 5. és 6. sz.) *Komády dr.*

A choleval használatáról a gynaekológiában ír *Betz* (Münch. med. Wochenschr., 1920, 13. sz.), továbbá *Walther* (Münch. med. Wochenschr., 1921, 4. szám). Azon jó eredmények után, melyeket a női gonorrhoea gyógyításában értek el mások a cholevalal, a czímben jelzett szerzők a cholevalról mint haemostypticumról számolnak be. Ezt a hatását a cholevalnak eddig nem méltányolták kellőképpen, pedig mint vérzést csillapító szernek értékét a gynaekologus előtt fokozza az a körülmény, hogy egyúttal jó fertőtlenítő szer is, mely intrauterine minden veszély nélkül alkalmazható; használatosságát növeli, hogy az oldat előállítását a könnyen oldódó choleval-tablettákkal igen egyszerű. *Betz* elvetelés után, valamint menorrhagia eseteiben próbálta ki mint vérzést csillapítót és dicséri mint olyant. *Walther* elvetelés után, submucosus myomával járó vérzés eseteiben, abrasio után és szülés utáni vérzéseknél látott jó hatást a choleval-öblítés-től. Intrauterine 1/2—1 1/1000-s, vaginalisan 1/2—1/1000-os oldatot használ.

Váró dr.

Szemészet.

A szemizombénulásokról a lues korai másodlagos szakában. *Bergmeister*-t két esete tette figyelmessé a lues korai másodlagos szakában jelentkező szemizombénulásokra. Az általános vélemény ugyanis az, hogy a szemizombénulások a másodlagos stadium későbbi szakához tartoznak. *Stern* statisztikai összeállítása értelmében a salvarsan előtti időben 5000 lues-eset közül 3-ban jelentkezett a korai szakban szemizombénulás, ellentétben a mostani adatokkal, mikor körülbelül 200 lues-esetre ugyanannyi esik. A statisztikai adatok azonban nagyon különbözők, különösen *Bennario* kapott más eredményt. A központi idegrendszernek ilyen korai szakban történő megbetegedése a salvarsan korában lettek figyelmessé és neuro-recidivának nézték. *Bennario* azonban azt állítja, hogy ezek olyan lueses megbetegedések, melyek bekövetkeznek, akár részesül a beteg antilueses orvoslásban, akár nem. Fontosak az újabban a liquor cerebrospinalissal végzett vizsgálatok, melyekkel megállapították, hogy luesesen a második szak kezdetén a spirochaetának az agyvelő- és a gerincvelőburkokba való bevándorlása enyhébb vagy súlyosabb gyuladással folytatódik, indít meg, úgy, hogy csaknem minden lueses, anatómiai értelemben, a másodlagos stadiumban meningitisen esik át, esetleg klinikai tünetek nélkül. A liquor-változás a lymphocyták megszorodásában, a fehérjeteralom megnövekedésében és pozitív Wassermann-reakcióban nyilvánul. Klinikailag ezt a meningitist a tarkóra szorító fejfájás, esetleg csekély hőemelkedés, kisfokú szédülés, rossz közérzet, sokszor aprófoltos alopecia jellemzi. A központi idegrendszer ilyen megbetegedésében leggyakoribb az opticus és az acusticus bántalma, míg az oculomotorius és az abducens ritkábban és akkor is leginkább az előbbi kettővel kapcsolatosan betegszik meg. A szerző megemlékszik még a pupillaris zavarokról is. *Flemming* pupillaris differentiat talált salvarsan előtt 3 esetben, salvarsan után 7 esetben. Beidegzési zavart tételez fel a centrifugalis pupillaris pályákban, melyet a Herxheimer-tünethez hasonló jelenség idéz elő, a mennyiben itt ugyancsak spirochaeták lehetnek jelen. Azt hiszi, hogy a pupilla-bántalom az orvoslás nélkül rejtett maradhatott volna és csupán a kezelésre következett be az élénk reactio a beteg szövetben. Sokan a részleges oculomotoriusbénulást nem tartják okvetlenül mageredetűnek és a korai szakban jelentkező izolált pupillabénulást is meningitissel kapcsolatban állónak gondolják. A pupillaris zavarok okaira vonatkozó magyarázat ellene mond a klinikai és anatómiai megfigyeléseknek, melyek szerint az oculomotoriusban a szem belsejében levő izmokhoz haladó rostok sokszor érintetlenül maradnak még olyankor is, a mikor az ideg többi rostja tönkremegy. Kórboncolástanilag a korai szakban jelentkező

hasonló megbetegedéseket többféleképpen magyarázzák. *Verhoeff* egy a korai szakban történt enucleationál spirochaetát mutatott ki az opticusban. Az agyerek mintegy praedestináltak a lueses megbetegedésekre az őket kísérő nyirokrések miatt. Ismeretes, hogy némely agyrész különösen alkalmas lueses megbetegedésekre éppen tágult nyirokrészei miatt. Különösen a chiasma és az interpeduncularis tér táján találunk nagyobb nyirokvezetéseket; ez ilyenformán különösen kedvező talaj a spirochaeta megtelepedésére, és mert a liquor összeköttetésben áll a peripheriás agy- és gerinczagy-idegekkel, különösen a nervus opticusnak és acusticusnak nyirokpályáival, ezeknek az idegeknek gyakori megbetegedése könnyen megérthető. A salvarsankúra után létrejött megbetegedéseket a meninxekről az idegekre áterjedt lueses megbetegedésnek tartják. Támogatja ezt a felfogást az, hogy ezek további salvarsanorvoslásra meggyógyulnak. Sokan a salvarsant idegméregnek nézik, de egyáltalában nincsen beigazolva, hogy a papillo-macularis kötegekre káros befolyással volna és így még kevésbé lehet káros az ellenállóbb szemizomidegekre.

Sok esetben a lueses szemizombénulásokat nem tudjuk antilueses orvoslással befolyásolni. *Nonne* szerint a lueses szemizombénulás, ha a kezelést nem kezdik idejében és kellő eréllyel, később már alig befolyásolható és még később minden orvoslásnak ellentáll. Általános vélemény, hogy a lueses neuritis optica és a szemizom megbetegedések a salvarsankezelést nem ellenjavallják, azonban a secundaer szakban, a hol az eredmény rendszerint kevésbé gyors, óvatosságnak kell lenni az adagolással. Végül a szerző újból hangsúlyozza a lumbalis folyadék vizsgálatának kiváló fontosságát. (*Zeitschr. f. Augenheilk.*, 1919, XLII. köt., 1—2. füz.) *H. B.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A chloralhydrat használatáról szív- és érbajokban ír *Glaus*. Főképpen szívűrtütségssel, fokozott nyomással és asthma cardialeval járó arteriosclerosis és genuin zsugorvase eseteiben tartja javaltnak. Általános megnyugtató és egyben vérnyomáscsökkentő hatás tekintetében ezekben az esetekben más szerek megközelítően sem vetekedhetnek vele. De izgatottsággal és álmatlansággal járó más szívajokban is igen jó hatású a chloralhydrat; sok esetben diuresis hatás is meg volt állapítható. Szívelégtelenség súlyos eseteiben kerülendő a használata; mérsékelt szívelégtelenség, pangással a tüdőben és májban, azonban nem ellenjavallja az igénybevételét. Az adag 1.0—2.5 gramm, még pedig a gyomor nyálkahártyájára gyakorolt erős izgató hatás miatt legcélszerűbben kis (30 grammos) keményítő klysma alakjában. (*Schweiz. mediz. Wochenschrift*, 1920, 38. szám.)

Idült ekzema eseteiben *Tänzer* szerint kitűnő hatású a trichlorbutylmalonsavas bismuth 5—10%-os kenőcs alakjában. (*Dermatolog. Wochenschrift*, 1920, 574. l.)

Vegyes hírek.

A „Gesellschaft für Kinderheilkunde” ez évi összejövetelét Jenában tartja május 12.-én és 13.-án. Tárgyalásra a következő két kérdést tűzték ki: 1. A fertőzőbetegségek átvitele; referensek: *Szontagh* (Budapest) és *Kleinschmidt* (Hamburg). 2. Csecsemőkori enterális fertőzés; referensek: *Bessau* (Marburg) és *Moro* (Heidelberg).

Hippokratés munkáinak kiadására egy magát megnevezni nem akaró berlini kereskedő a porosz tudományos akadémiának 150.000 márkát adományozott.

Graefe halálának 50. évfordulója alkalmából Berlinben emlékünnepeket tartottak február 24.-én; az emlékbeszédet *Hirschberg* mondotta, *Graefe* utolsó még életben levő tanítványa.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből. *Joergensen* szerint a fehérvérsejtek száma a testhelyzet szerint változó: fekvő helyzetben a legnagyobb, álló helyzetben a legkisebb; a különbség a kettő között 100%-ot is meghaladhat. (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 90. kötet. 3. és 4. füzet.) — A *Pregl*-féle jodoldat (a vér physico-chemiai sajátágaival bíró folyadék, nagy jodtartalommal) intravenás befecskendezése *Pönitz* szerint jó eredménnyel használható paralysis eseteiben. 5 eset közül 3-ban megállott a baj, 2-ben pedig tetemes javulás következett be. (*Münchener med. Wochenschr.*, 1921, 1. szám.) — A pupillareactio számszerű megállapítására *Falkenheim* egyszerű készüléket szerkesztett; neve PRmeter; a *J. und H. Lieberg*-cégtől Kassalban szerezhető meg. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1921, 9. szám.)

Zárlat!

F. hó 20.-án visszavonhatlanul lezárjuk az

Zárlat!

ORVOSI ÉVKÖNYV

szerkesztőségi részét. Ezen terminuson túl újabb adatokat vagy változásokat nem iktathatunk be.

Telefon:

József 106—47.

„PETÓFI” IRODALMI VÁLLALAT

BUDAPEST, VII., KERTÉSZ-UTCA 16.

LIGET-SANATORIUM NŐGYÓGYÁSZATI VI., Nagy János-u. 47

FIZIKOTERAPIÁS GYÓGYINTÉZETE.

Conservatív kezelés: THERMOPENETRATIO.

Hőlég- és fürdőkúrák.

Főorvos: Dr. Cukor Miklós.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

Orthopaedia,

gyermektorna, medico-mechanikai (Zander) termék, vizgyógyintézet a Dr. PAJOR-Sanatoriumban Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.

Dr. Szilas diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevel-ügyben szolgál:

Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest V., Nagykorona-u. 32. Telefon 87—73

ISTVÁN-ÚTI COTTAGE-SANATORIUM BUDAPEST, HUNGÁRIA KÖRÚT 9. (István-út végén.)

Sebészet, szülészeti és nőgyógyászati, ideg- és belgyógyászati. Orthopaediai és physikalisk gyógyászati osztály. Vizgyógyintézet. Röntgen-laboratorium. Hízó- és soványító kúrák. Telefon: József 95-08 és József 42-13.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SANATORIUM.

Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűsósfürdők, vizgyógyintézet, szénsavas fürdők, villanyozás, thermopenetratio, quarzlámpa, hőlégkezelések, orvosi massage. Hízáló és fogyaszító kúrák. Vezető-főorvos: várpalotai Palotay Andor dr.

Egész éven át nyitva.

Telefon: József 81—75.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium

Mindennemű physikalisk gyógyító eljárás a néhai Dr. Reich Miklós-féle Zander-gyógyintézetben. Gyermeiktorna, Testgyógyítás, Soványítás.

Igazgató-tulajdonosok: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó. IV., Semmelweis-u. 2. Telefon: József 4—12. Két lift

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán gyógyintézet

sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26.

Wassermannra vizsgált, DAJKA-intézet. VI., hosszabb ideig (bennlakással) megfigyelt bőteji dadák felett állandóan rendelkezik az orvosi Szív-u. 69 Tel.: 93-22.

Külföldi orvosi lapokra való előfizetést eredeti árakon vállal

„Petöfi” Irodalmi Vállalat Budapest, VII., Kertész-utca 16.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR FŐSZERKESZTŐ ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházhoz kapcsolatos egyetemi gyermekklinika köréről. Kórrajzok a gyermekorvostan köréből. — **Jacobovics Béla:** Tömeges álhártyaképződéssel járó súlyos croupnak rövid tartamú intubációra gyógyult két esete. 99. lap.

Klier Artur: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájáról. (Igazgató: Dr. Kétly László báró, ny. r. tanár.) A haemolytikus icterusról. 100. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1921 február 5.-én). 102. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosok. Goldschmidt és Müller: A postoperatív bélzavarokról. — Gerhardt: Az elsődleges szivgyengeség megkülönböztetéséről az elsődleges vérkeringésgyengeségtől — **Gyermekorvosok.** K. Schee: Az egészséges és beteg csecsemő gyomrának és duodenumának bakteriológiájáról. — F. Pramer: Lipodystrophia progressiva. — Sebészeti. Schönbauer: A kurara hatásáról tetanusban. — **Elmegyógyászat.** Linderknecht: Kriminalis hebold. — Gerstmann: A malaria tertianának a hide és elmezavarra gyakorolt gy. gyhatásáról. — **Venerális betegségek.** P. Mantefel: A nemű bajok elleni védőszerek értékéről. — **Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.** 104–106. lap.

Vegyes hírek. 106. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházhoz kapcsolatos egyetemi gyermekklinika köréről.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

Szerkeszti: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár.

(Folytatás.)

V.

Tömeges álhártyaképződéssel járó súlyos croupnak rövid tartamú intubációra gyógyult két esete.

Irta: Jacobovics Béla dr., klinikai tanársegéd.

Súlyos croup-esetekben a primaer intubációnak a primaer légcsőszűrés fölötti kétségtelen előnye — egyes ritka eseteket leszámítva — ma már alig lehet vita tárgya, dacára annak, hogy a légcsőszűrésnek a croup-gyakorlatban ma még mindig elég híve van.

Neumann 594 croup-esetről számol be, melyek közül 199-ben csak primaer intubációt végeztek, 67-ben csak primaer légcsőszűrést. Az intubáltak közül meghalt 15, az utóbbiak közül pedig 22. Igen fontos tapasztalatokat tett *Uszenszki* is, a ki a moszkvai St. Wladimir-gyermekkorházban észlelt 2760 croup-esetről referál. Eseteik közül 1436 volt olyan, melyben operatív beavatkozás vált szükségessé. Tapasztalataik alapján azt állítja, hogy az intubációs eljárás a légcsőszűrés fölötti nagy előnyét mindvégig megtartotta. Még egy éves gyermekeken is a primaer intubációt ajánlja. Ezen eseteknek 37·4%-a gyógyult intubatio után, míg elsődleges légcsőszűrés után csak 4·2%. A gyógytartam idejét intubáltakon általában sokkal rövidebbnek találta. Primaer légcsőszűrés után eseteiben a tüdőlob szövödménye gyakrabban jelentkezett.

Bókay János már 1892-ben, tehát intubációs gyakorlatának kezdetén addigi operatív tapasztalatai alapján a primaer intubatio hívének vallotta magát s álláspontja teljesen meggyezett *O'Dwyer* álláspontjával. Azóta, tehát 28 év alatt 2000-nél több primaer intubatio mellett elsődleges légcsőszűrést csak néhány kivételes esetben végzett. Az utolsó 14 év alatt intubált eseteinek (555) gyógyulási százaléka általában 73·50%-ra emelkedett, vagyis éppen 8%-kal haladta meg azt a gyógyulási százalékot, melyet *Siebert* az elsődleges légcsőszűrés s az elsődleges intubatio kielégítő eredménye kritériumának állított fel. Ezen gyógyulási százalékot eléggé súlyos croup-anyagon érte el, s hogy az ú. n. „korai” intubációt kerülte, mutatja azon összeállítás, mely szerint az utolsó 14 év alatt 1174 croup-betege közül csak 555, tehát 47% került műtetre.

Még az *O'Dwyer*-féle intubációs eljárás hívei is úgy-szólván kivételt nélkül felvetik azonban annak a veszélynek lehetőségét, hogy az intubatio közben álhártyák válhatnak le,

* Minden jog fenntartva.

melyek letolódhatnak és a fekvő tubus alsó nyílását eltömszelhetik, aminek következtében a légcsőszűrés szükségessége mégis előállhat. Bár senki sem tagadhatja az álhártya-letolás s a tubusnyílás-eltömszelődés veszélyének lehetőségét, mégis állíthatjuk, hogy ezen szövödmények igen ritkák, s ha be is következnek, a nyomukban létrejött asphyxia, véres beavatkozás nélkül is megszűnhet, mint ezt alábbi két súlyos croup-esetünk lefolyása is bizonyítja.

Első eset. H. Margit 14 éves. 1914 február 5.-én vesszük fel kórházunk diphtheria-osztályára. A gyermek egy hete lázas, rekedt s egy nap óta nehezen lélegzik. Felvételtkor a torokképletek igen erősen belőveltek, duzzadtak. A nyelvcsapon s mindkét torokmandulán szürkés-fehér, vaskos álhártya, a mely a garat hátulsó falára is ráterjed. A tüdők fölött mindkét oldalt erősen érdes légzés, helyenként száraz, nagyhólyagú zörejek találhatók. Légzéskor jugularis és scrobicularis behúzódnások. A hang rekedt, a légzés erősen nehezített. Kisfokú cyanosis. A beteg a felső légúti stenosis kifejezett képét mutatja. A gyermek — felvétele közben — hirtelen erős köhögés-rohamot kap profus orrvérzés kíséretében. Roham közben nagyobb darab vastag álhártya ürül, mely után a légzés kissé szabadabbá válik. Délután 2 órakor a nehéz légzés fokozódása intubációt tesz szükségessé. Tubuson keresztül a légzés felszabadul s a beteg nyugodt lesz. Délután 7 órakor a beteg hirtelen nagyfokban cyanosissá válik, légzése erősen nehezített lesz, majd pedig görcsös köhögés-roham jelentkezik s a beteg a tubust kiköhögi, mely-



1. ábra.



2. ábra.

lyel együtt több kisebb-nagyobb vaskos álhártya ürül (1. ábra). Ezek után a légzés teljesen felszabadul s újabb intubatio többé nem válik szükségessé. A tubusfekvés időtartama összesen 5 óra volt. A gyermek február 22-én gyógyultan hagyta el kórházunkat.

Második eset. M. Anna 2½ éves. 1914 május 11-én vesszük fel kórházunkba. A gyermek egy hete lázas, azóta fokozatosan nehezedik a légzése. Felvételtkor a torokképletek erősen belőveltek. A légzés erősen nehezített, erős stridor, kifejezett scrobicularis és jugularis behúzódnások. Teljes aphonía, nagyfokú cyanosis. A felső légútstenosis fokozódó tünetei miatt mindjárt felvétele után, d. e. 9 órakor intubatio válik szükségessé, melyre a légzés csak részben szabadul fel. Délután 3 órakor a nehézlégzés és cyanosis fekvő tubus mellett fokozódik, mely körülmény miatt extubálunk. Utána a beteg erős köhögés-roham közben nagy csöves, a légcsőnek egészen a bifurcatióig terjedő lenyomatát mutató álhártyát ürít (2. ábra). Erre ismét intubálunk, mire a légzés teljesen szabad válik. Következő napon, május 12-én délután 3 órakor újól erősen fokozódó nehézlégzés és cyanosis, mely miatt extubálunk. Utána a beteg több vaskos álhártyát ürít. Újabb intubálásra a légzés teljesen felszabadul. Május 13-án délután 6 órakor extubálunk, mely után intubatio többé nem válik szükségessé. Tubusfekvés időtartama 57 óra. Május 15-én a beteg hangja tisztul, 24-én gyógyultan távozik kórházunkból.

Mindkét esetünkben a súlyos croupnak azon ritka szövődését látjuk, melynél a levált, vagy az intubatiós eljárás közben letolódott álhártyák a fekvő tubus alsó nyílását eltömészték. Kétségtelen tehát, hogy az intubatiós eljárás híveinek mindezzel számolniuk kell, de korántsem szabad ezen szövődést a croup operatív gyógykezelésében az intubatiós eljárás rovására írni. Bayeux eseteinek 10%-ában, Castelain 6%-ában számol be a tubus nyílásának eltömésztéséről. Baer a zürichi gyermekkórházból több esetet közöl, melyben a tubus nyílását elzáró álhártyák vagy még a fekvő tubuson át, vagy pedig — a mi még gyakoribb eshetőség — a kiköhögött tubussal együtt ürültek ki, míg Escherich az álhártyák kiürülésének megnehezédését egyenesen az intubationnak tulajdonítja. Bókay János számos esetéről beszámolva, szintén azt állítja, hogy a tubusnyílás elzáródása legtöbbször görcsös köhögést vált ki s ilyen köhögési rohamok leggyakrabban a tubus kiköhögését eredményezik, az eltömésztő álhártyákkal együtt. Halálos kimenetelt ilyen incidensek kapcsán sohasem látott, annál kevésbbé, mert a vezetése alatt álló kórházban az azonnali extubatio — mely fonál segítségével szükség esetén az ápoló nővér által is végezhető — és az álhártyáknak ezt követő kiköhögése mindig segített olyankor is, midőn a tubust a beteg nem tudta kiköhögni. Bókay az egész amerikai irodalomban csak egy esetet talált feljegyezve, melyben a tubus eltömésztődése halált okozó volt. Ez esetben azonban elmulasztották kellő időben az extubatiót.

Az intubatio közben létrejött álhártyaletolás sem azon szövődés, mely okvetlen légszűkítést vonna maga után. O'Dwyer, Dillon-Brown és Waxham hangoztatja, hogy az azonnali extubatio legtöbbször célhoz vezet, a mennyiben utána a letolt álhártyák erős köhögés-roham közben kiürülnek. Bókay János 14 évet magában foglaló croupbeteg-statisztikájában csak három halálesetet említ álhártyaletolás következtében, dacára annak, hogy ezen szövődéssel ismételt találkozott.

Mindkét croup-esetünkben aránylag rövid tartamú intubatio után következett be a gyógyulás. Első esetünkben, dacára a tömeges álhártyaképződéssel járó súlyos croupnak, szokatlanul rövid ideig tartó tubusfekvés után következett be a teljes gyógyulás. O'Dwyer, a midőn az intubatiót ajánlotta a croup operatív kezelésére, a tubusfekvés átlagos időtartamát körülbelül hat napban állapította meg. Bókay János több mint 20 év előtt tanulmányozta ezen irányban 268 addig gyógyult croup-esetét és azt tapasztalta, hogy a serum előtti időszakban 79 óra, a serum-időszakban pedig 61 óra volt a tubusfekvésnek átlagos időtartama. Azon kevés esetében pedig, hol egészen rövid tartamú intubatio is teljes gyógyulásra vezetett, a gégeének álhártyás felrakódása kétségtelenül igen csekély és körülírt lehetett s a fenyegető stenosisos tünetek inkább a subglottis duzzanat által lehetnek feltételezve, mely duzzanat már rövid tartamú tubusfekvésre is — bizonyára a tubus által gyakorolt nyomás útján — megszűnt. Ezen tapasztalatai eredményeit későbbi tapasza-

latai sem rontották le, mert azóta újabb 483 gyógyult esetéből 45-78%-ban a végleges extubatio 48 órán belül sikerült, a mi teljesen indokolta mind a mai napig követett azon eljárását, hogy az intubatiós kísérletet csak a második 24 óra vége felé végezteti.

Két esetünkben a következőket állapíthattuk meg:

1. A fekvő tubus alsó nyílásának levált és letolódott álhártyákkal való eltömésztődésének lehetősége az intubatio mellett bár fennáll, de az ezzel kapcsolatosan bedőlő asphyxia korántsem oly szövődés, mely okvetlen légszűkítéshez kell hogy vezessen, minthogy a kellő időben alkalmazott extubatio, vagy a tubusnak spontán kiköhögése a levált álhártyákkal együtt az életveszélyt megszüntetheti.

2. Tömeges álhártyaképződéssel járó súlyos croup már egészen rövid (néhány órai) intubatiós tartam után is teljesen gyógyulhat.

Irodalom. 1. Dr. J. von Bókay: Die Lehre von der Intubation. Leipzig, 1908. — 2. Bókay János: Az O'Dwyer eljárással 28 év alatt elért eredményeim. Orvosi Hetilap, 1919, LXIII. évfolyam. — 3. Escherich: Über die Indicationen der Intubation bei Diphtherie des Larynx. (Wien. klin. Wochenschrift, 1891, IV.) — 4. Ganghofner: Über die Behandlung der croupös-diphtheritischen Larynxstenose mittelst der O'Dwyerschen Intubationsmethode. (Jahrb. für Kinderh., 1889—90. Bd. XXX.) — 5. Ganghofner: Über das Verhältniss von Intubation u. Tracheotomie bei der Behandlung der diphtheritischen Larynxstenose. (Jahrb. für Kinderh., 1902. Bd. LV.) — 6. Neumann: Die Behandlung der diphtheritischen Larynxstenosen. (Archiv. f. Kinderh., 1909. Bd. LI.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájáról. (Igazgató: Dr. Kéty László báró, ny. r. tanár.)

A haemolytikus icterusról.

Írta: Klier Artur dr., tanársegéd.

(Vége.)

A haemolytikus icterusban szenvedők lépe állandóan — ha nem is tetemesen — meg van nagyobbodva. Kranhals²¹ a léptumor viselkedéséből következtetést von arra, hogy szerzett vagy acquirált ily icterussal van-e dolgunk. Szerinte ugyanis a szerzettnél a léptumor kisebb, míg a veleszületettnél a léptumor nagyobb. De ha talán a szerzett és veleszületett haemolytikus icterus között in vivo nem is lehet különbséget tenni a kétféle léptumor alapján, a bonczolás alkalmával — noha személyes tapasztalatunk hiányzik, de egyes közlemények alapján úgy véljük — lehet tenni különbséget; a legfeltűnőbb az, hogy a lép a szerzettnél sokkal erősebben vérbő, mint a veleszületettnél.

Már Minkowski első közleményében nagy fontosságot tulajdonít a léptumor jelenlétének, a nélkül, hogy annak tulajdonképpen jelentőségét tudta volna. Hogy az csak egyszerű spodogen tumor volna Bettmann értelmében, nem valószínű. A spodogen tumor felvétele onnan ered, hogy a léptumor a betegség lefolyása alatt különböző nagysági ingadozásoknak van kitéve és ezen nagyságbeli ingadozás az icterus intenzitásával egyenes arányban állónak látszik. A mi két esetünkben is, valahányszor az icterus rosszabbodott, a léptumor nagyobb lett, és ha az icterus kevésbbé volt kifejezett, a lép is megkisebbedett. Ez annyira következetesen következett be, hogy egyik betegünk saját maga is észrevette. Más megfigyelők a vérkép rosszabbodása és a léptumor között találtak szerves összefüggést. Ebből az idők folyamán az a vélemény alakult ki, hogy a lép és a betegség között valami szerves összefüggésnek kell lennie és ez vezetett a ma már általánosan alkalmazott lépexstirpációhoz.

Ha fel is vesszük azt, hogy extrahepatikusan a reticulo-endothelialis systemában képződhetik epefesték, nem valószínű, hogy ez a lépexstirpacio után annyira csökkenne, hogy az icterus megszűnik, hanem valami szerves összefüggést kell keresni a kórkép létrejötté és lép között. Lehet, hogy a lép a csontvelőt befolyásolja olyképpen, hogy kevésbbé ellentálló vörösvérsejteket termel, vagy hogy a keringő vérben levő vörösvérsejteket befolyásolja károsan, úgy hogy azok előbb mennek tönkre; ez utóbbi felvétel mellett szól v. d. Bergh észlelete, hogy a lépvenából és a vena cruralisból közvetlenül

halál után vett vérben haemolysist tudott kimutatni. Az azonban bizonyos, hogy a haemolytikus icterus létrejöttében a lépnek nagy szerepe van és hogy az a vörösvérsejtek fokozott szétesése következtében beálló pleiocholia által van részben előidézve. Lehet, hogy még más eddig ismeretlen noxák (toxink [?]) is lényeges szerepet játszanak, de ez csak felvétel. A lép nagysága és a vörös vérszettek tönkremenése között van bizonyos összefüggés, a mi a fent hangsúlyozott lépnagyobbodás és kisebbedés és az icterus intenzitása közötti összefüggésből volna magyarázható. De hogy a léptumor mint valami secundaer vörösvérsejt-temető szerepelne ezen icterusnál és egyéb szerepe nem volna, nem valószínű.

Már a betegség felfedezése után rövid időre nagy gondot fordítottak a vér viselkedésének tanulmányozására. E téren különösen a francziák — a kiknél e betegség vagy gyakoribb, vagy már régebben is nagyobb figyelem tárgya volt, mint a németeknél — szereztek nagy érdemeket. (Hayem s tanítványa Lévy, Chauffard,²³ Vidal és iskolája.)

A veleszületett haemolytikus icterust nem tanulmányozták annyira kimerítően, mint a szerzettet.

A veleszületettnél (1.) az anaemia, ha jelen van is, nem oly kifejezett és nem szokott oly nagy ingadozásoknak kitéve lenni, mint a szerzettben. A veleszületettnél therapiásan sokkal könnyebben befolyásolható az anaemia, mint a szerzett-nél, továbbá a veleszületettnél nem szoktak oly hirtelen nagy haemoglobin- és vörösvérsejt-esések előfordulni. A mi (1.) esetünkben is elég jól javult a vérkép minden therapiás beavatkozás nélkül: csak fekvésre és jó táplálkozásra a vörösvérsejtek száma 1 $\frac{1}{2}$ hónap alatt 2,615.000-ról felment 3,250.000-re. Szerzett haemolytikus icterus-esetünkben az anaemia a felvételkor kisebb fokú volt, de a klinikai tartózkodás alatt, dacára az arsenszedésnek, nem változott. A veleszületettnél nem figyeltek meg úgynevezett csontvelőkríziseket, azaz oly állapotokat, a mikor minden kimutatható ok nélkül az anaemia perniciosához hasonlóan hirtelen tetemes vörösvérsejtkevesedés áll be. De ez nem szabály és erre alapítani azt, hogy veleszületett avagy szerzett haemolytikus icterussal állunk-e szemben, nem szabad. Ha nagyfokú anaemiával állunk szemben, akkor igen sokszor az anaemiás panaszok azok, a melyek a beteget az orvoshoz vezetik. Olyankor természetesen a nagyfokú anaemia fog uralkodni az egész körképben és innen van az, hogy a legtöbb közölt esetben a szív felett systolés zörög volt hallható (Mosse,²⁴ Albu és Hirschfeld,²⁵ Pick²⁶ és mások). Súlyos progrediáló anaemiát is megfigyeltek már veleszületett haemolytikus icterusnál (Eppinger²⁷ és mások).

A vörösvérsejtek resistenciájának megállapításakor először Chauffard²⁸ találta annak csökkenését a veleszületett haemolytikus icterusnál, a későbbiek folyamán a szerzett-nél is csökkent resistenciát találtak, úgy hogy ebben mindkét icterusfaj egyformán viselkedik. Mindkét icterusfajnál a hypotoniás konyhasóoldatokkal szemben mindig csökkent resistenciát találunk, úgy hogy ezt a többi icterussal szemben mint legfontosabb differentiaaldiagnostikai jelet szokták említeni; Eppinger therapiás lépexstirpációra csak abban az esetben határozza el magát, ha a resistencia csökkent. Mindkét esetünkben csökkent resistencia volt; az első esetben 0.45%, a másodikban 0.35%-tól lefelé teljes haemolysis. Ha kétséges, hogy csökkent resistenciájú, vagy rendes resistenciájú vérszettekkel van-e dolgunk, akkor mosott sejtekkel kell a kísérletet végezni; ilyenkor tapasztalat szerint a resistenciacsökkenés sokkal kifejezettebb, ha jelen van, viszont ha rendes resistenciájú vérszettekkel van dolgunk, akkor a haemolysis ugyanazon concentrációnál következik be. Eppinger szerint az utóbbi időben tett tapasztalatok alapján szabálynak lehet felállítani, hogy resistenciacsökkenés nélkül nincs haemolytikus icterus. De megengedi, hogy léteznek olyan haemolytikus icterusok is, a melyeknél a resistencia esetleg nem csökkent, de tévedések kikerülése céljából a vörösvérsejtek fragilitásának a megállapítását minden esetben a legszükségesebbnek tartja. Lommel²⁹ és mások azt állítják, hogy a resistenciacsökkenésnek

nem kell okvetlenül meglenni, hanem e nélkül is vannak haemolytikus icterusok. Nem bizonyos, hogy a lép befolyásának a következménye a csökkent resistencia, de valószínű, mert lépexstirpacio után eddig csak egynéhány eset ismeretes, a hol a csökkent resistencia állandóan megmaradt, dacára annak, hogy a többi tünet visszafejlődött (Roth, Eppinger³⁰).

A vérszetteresistencia és az anaemia foka között nincs összefüggés.

Widal, Abrami és Brulé³¹ szerint főleg a haemolytikus icterusnál lehet a vörösvérsejteken autoagglutinációt találni; a mi szerzett esetünkben nem volt.

A vörösvérsejtek histologiai képe is megváltozik. Az anaemia fokának megfelelőleg anisocytosist, poikilocytosist fogunk találni. És minthogy Morawitz³² értelmében ú. n. fokozott vérszétesés következtében fejlődött anaemiával van dolgunk, a mely fokozott regenerációval is jár, magvas vörösvérsejteket, polychromatophiliát és hyperchromaemiát is láthatunk, egy szóval olyan vérképet, a mely igen hasonlít az anaemia perniciosa vérképéhez. Ha azonban nem száraz praeparatumot készítettünk, hanem különös festési eljárásnak vetjük alá a vért, akkor a Vidal által felfedezett substantia granulo-filamentosa válik szembetűnővé. Ez hálószerű struktúra, a mely a rendes vérben csak elvétve található és úgy látszik, a vérszettek elhalása előtt mint csapadék képződik a basikus festékek behatása következtében. Chauffard³³ szerint lehet, hogy fiatal sejtek, a melyek nem rendesen képződtek, míg Pappenheim³⁴ szerint ugyanaz, mint a polychromasia. De oly sok más betegségben is előfordul, hogy a megjelenésének diagnostikai jelentőséget tulajdonítani nem lehet.

A festési index lehet rendes, de rendszerint egynél nagyobb; a mi két esetünkben I.: 0.79, II.: 0.86.

A fehérvérsejtek rendszerint rendes számúak és egymásközi arányuk sem szokott változni. Ha leukopeniát találunk, ez Eppinger szerint inkább haemolytikus icterus ellen szól. A mi eseteinkben, mint mondtuk, I.: 8000; II.: 14.500.

Ezen betegség aetológiáját illetőleg igen keveset tudunk, és inkább csak teoriák vannak, a melyek magyarázni iparkodnak a létrejöttét.

A veleszületett icterusról Minkowski³⁵ azt hitte, hogy a pigment-anyagforgalom valamilyen rendellenessége, a melyhez a lépnek valamilyen elsődleges elváltozása társul. Kranhals³⁶ és Chauffard³⁷ szintén a lépben keresik a betegség okát.

Bettmann³⁸ Benjamin és Sluka³⁹ a lépnek nem tulajdonít nagy pathológiás jelentőséget, épp úgy Vidal⁴⁰ sem, de Vidal-nak a nézete eltérő az előbb említettektől, a mennyiben az icterust anhepatogennek tartja. Chauffard⁴¹ a latens tuberculosishoz is lát egy okot, a mely ezt a betegséget előidézheti.

Eppinger⁴² a lienalis theoria hívének vallja magát. Az ő véleménye szerint először a lépben gyűlnek össze tetemes mennyiségben a vörösvérsejtek, itt valamiképpen sérülnek, és ily sérült állapotban kerülnek a máj reticularis systemájába, a hol a Kupfer-féle sejtekben képződik az epefesték. A primaer okot a lépben látja, a melynek funkciója esetleg a csontvelőt is befolyásolja működésében.

A szerzett haemolytikus icterusnál is különböző okokat vesznek fel. A legrégebb theoria Hayem-től⁴³ ered, a ki a fokozott vérszéteséssel és ennek következtében fejlődött pleiocholiával, az epe besűrűsödésével és erősebb festenyzettségével magyarázza a betegség létrejöttét. Ez a pleiochromia volna az oka annak, hogy az epefolyás akadályozott és így epefelszívódásra és ennek következtében icterusra vezetne. Stadelmann⁴⁴ kísérletei e felvételt a pleiochromiáról megerősíteni látszanak. Magát az icterus okát tisztára a májban kereshetjük, minthogy azonban itt is az icterus épp úgy, mint a többi icterusnál, csak tünet, a betegség okát másutt kell keresnünk.

Minkowski⁴⁵ és utána Gilbert⁴⁶ a betegség okát a lépben keresi, a fokozott vörösvérsejtszéteséssel összefüggésben.

Vidal⁴⁷ abból indulva ki, hogy a haemolytikus icteru-

soknál a beteg vizeletében az epefestékek hiányzanak, anhepatogennek fogja fel az icterus létrejöttét és az intravasalisán képződött haematinból alakult bilirubinban véli az icterus okát megtalálni. A léptumort spodogennek fogja fel.

*Chauffard*⁴⁸ csak hepatogen icterust ismer.

*Eppinger*⁴⁹ a lépben látja az okot és szövettani vizsgálatai alapján arra a meggyőződésre jut, hogy a lépben előfordulnak extravasalisán vörösvérsejtek és azok a lép káros befolyása következtében vagy tönkremennek, vagy a tönkremenetelre elő lesznek készítve és így a már tönkrement vagy tönkremenőfélben levő vörösvérsejtek a máj *Kupfer*-sejtjeihez lesznek szállítva, a hol azután epefesték képződik belőlük. Szerinte a lép nem spodogen tumor, hanem a vörösvérsejtek fokozott szétesésének előidézésében fokozottabb mértékben vesz részt. E fokozott vérsejtszétesésnek lehet az a következménye is, hogy a *Kupfer*-féle sejtekben képződött epét a májsejtek nem tudják kiválasztani és ennek lehetne a következménye a circulációban megjelenő bilirubin. Szerinte a vérben keringő bilirubin oka részben az epethrombosis, részben a májinsufficiencia (úgy hogy a *Kupfer*-féle sejtekben termelt epefestéket nem tudja megkötni), részben az anhepatogen epetermelés.

A mi véleményünk inkább az irodalmi adatok felhasználásából, mint személyes tapasztalatból keletkezett.

Véleményünk szerint egyedül a lép az oka annak, hogy ezek az icterusok létrejönnek. De hogy mi az oka annak, hogy ily lépfunkció áll be, a mely fokozott vérszétesésben nyilvánul, nem tudjuk. Az icterus állandó fennállásának oka nemcsak a fokozott vérszétesés következtében fejlődött pleiochromia, hanem az is, hogy a vese bármiféle oknál fogva nem tud bilirubint kiválasztani. Ha a vérszétesés fokozódik, fokozódik az icterus és a léptumor is, a mit részben csak azzal tudunk magyarázni, hogy a lépnek bizonyos spodogen tumor jellege van. Valószínűnek tartjuk, hogy a szerzett és veleszületett haemolytikus icterus között különbséget tenni in vivo nem lehet. Az, hogy a szerzett rosszabb indulatú, mint régebben általában hitték, nem fogadható el, mert a veleszületettnél épp úgy láttak hirtelen, minden kimutatható ok nélkül beálló erős anaemiát és mindkét fajnál láttak gyógyulást a lép exstirpációja után, a mi szintén a kórkép egységessége mellett szól. A mellett, hogy egységes kórképről van szó, szól még az is, hogy a mi egyik esetünkben az okvetlenül szerzett icterusosnak egy utódja már veleszületett icterussal született. A szerzett icterus tehát ezek szerint latens lehet hosszú időn keresztül, másképpen e feltűnő tünetet megmagyarázni nem tudjuk. Az irodalomban felvetették, hogy az icterus veleszületett, pedig ha figyeltek volna rá, okvetlenül ki lehetett volna mutatni szerény véleményünk szerint azt a családtagot is, a ki a haemolytikus icterust szerezte.

Úgy látszik a szerzett icterus átöröklődik, de hogy miért öröklí a családnak csak egy tagja, míg a többi mentes marad, arra válaszolni nem tudunk.

Mi úgy képzeljük ez icterus létrejöttét, hogy az epefesték javarésze a májban képződik, nem pedig a keringő vérben, sem a lépben; ha képződik is esetleg ezen két helyen bilirubin, az oly tetemes mennyiségű nem lehet, hogy icterus létrejöttéhez elegendő volna. Ezen icterusnál a szervezet nem válik meg oly könnyen az epefestéktől, mint más icterusos szervezet, a mit bizonyít az is, hogy az izzadságban nem tudunk epefestéket, illetve bilirubint kimutatni. Véleményünk szerint ebben az esetben is a lépét kell ezért felelőssé tenni, és úgy látszik a lép valami olyan anyagot termel, a mely megakadályozza azt, hogy a szervezetet az epefesték elhagyja. Ha t. i. therapiás célból a lépét kiirtják, akkor 8—10 napon keresztül a vese bilirubint is kiválaszt, és a bilirubinaemia mellett bilirubinuria is beáll, tehát addig, míg a lép nincs kiirtva, csak urobilinuria van jelen, a mit csak úgy tudunk magyarázni, hogy a lép valamiképpen nem engedi a bilirubin kiválasztását a vesén át. Ezen felvételünk bebizonyítására kísérleteink folyamatban vannak és azok eredményét később fogjuk közölni. A fokozott vörösvérsejtszétesés és icterus intenzitása között összefüggést — mint-

hogy quantitativ vizsgálatokat kémlőszerhiány miatt nem végezhetünk — qualitativ vizsgálataink megerősíteni látszanak.

A therapiában, minthogy rendszerint az anaemia uralkodik a kórképen és a betegek részéről felmerülő összes panaszok — kevés kivétellel — erre vezethetők vissza, arsennel és vassal eredményeket érhetünk el. A vérkép megjavul, a betegek panaszai megszűnnek. De épp úgy, mint haemolytikus anaemiánál (anaemia perniciosánál) a betegség minden különös, kimutatható ok nélkül rosszabbodhatik, úgy itt is láttak tetemes vércépprosszabbodást. Ilyen haemolytikus icterusról, akár veleszületett, akár szerzett, van szó, a beteget állandó orvosi ellenőrzés alatt kell tartani, a minek főleg vérvizsgálatban kell nyilvánulnia. A beteget betegségének esetleg veszélyessé válhatására és arra, hogy a mint a legkisebb változást veszi észre, orvoshoz forduljon, figyelmeztetni kell.

A Röntgen-besugárzással, a mivel az utóbbi időben minden vérbetegségben kísérleteztek, befolyást sem a lép nagyságára, sem funkciójára gyakorolni nem tudunk. A mi két esetünkben is a lép- és csontvelőbesugárzás hatástalan volt.

Ha a betegnek semmi subjectiv panasza sincs, vagy a kisebbmértvű subjectiv panaszok mellett minimális objectiv eltérést — a mi mindig a vérre vonatkozik — tudunk csak kimutatni, conservative fogunk eljárni és tüneti kezelést folytatunk.

Ha a beteg panaszai mellett a vérképen progrediáló rosszabbodást veszünk észre és azt arsennel befolyásolni nem sikerül, akkor a therapia szempontjából lép-exstirpációt fogunk a betegen végezteni. E műtét után a betegek megszűnnek. Az icterus elmúlik, az összes panaszok megszűnnek. A vörösvérsejtek resistentiája újra normalissá válik.

Ha a beteg inkább csak icterusos, mint beteg „és tisztára kozmetikai czélból kellene” a műtétet végezni, akkor véleményünk szerint úgy járunk el leghelyesebben, ha a beteget felvilágosítjuk és utána tetszésre bízunk, hogy megoperáltatja-e magát vagy sem. Minthogy a betegség az élet-tartamra — *Benjamin* és *Sluka* betegéből következtetve, a ki 83 évig élt — valami lényeges befolyást nem gyakorolhat, ráérünk akkor végezteni műtétet, a mikor a beteg élete veszedelemben forog.

Irodalom. ¹ *H. v. d. Bergh*: Der Gallenfarbstoff im Blute. Leipzig 1919. — ² *Stern*: Die normale Bildungsstätte des Gallenfarbstoffes. Diss. Königsberg. — ³ *Mc Nee*: Med. Klinik, 1913. — ⁴ *L. c.* — ⁵ *Brugsch és Yoshimoto*: Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. — ⁶ *Brugsch és Kawashima*: U. o. — ⁷ *Deutsche Klinik*, V. — ⁸ *A. Pick*: Wiener klin. Wochenschr., 1903. — ⁹ *Eppinger és Ranzi*: Die hepatolienale Erkrankungen. Berlin, 1920. — ¹⁰ *Umber*: Mohr-Staehelin's Handbuch der inneren Med. III. kötet. — ¹¹ *Bettmann*: Münchener med. Wochenschrift, 1900. — ¹² *Benjamin és Sluka*: Berliner klin. Wochenschrift, 1907. — ¹³ *Cit. Hirschfeld és Albu*: Boas Archiv, XXIII. — ¹⁴ *L. c.* — ¹⁵ *Schön*: Deutsche med. Wochenschr., 1920, 33. — ¹⁶ *Huber*: Berliner klin. Wochenschr. — ¹⁷ *Strauss*: U. o. — ¹⁸ *Gilbert és Herscher*: Presse méd., 1906. — ¹⁹⁻²⁰ *L. c.* — ²¹ *Kranhals*: Deutsches Arch. für klin. Med., 81. k. — ²² *Lévy*: Thèse de Paris, 1898. — ²³ *Chauffard*: Annal. de méd., 1914. — ²⁴ *Mosse*: Berliner klin. Wochenschr., 1913. — ²⁵⁻²⁷ *L. c.* — ²⁸ *Chauffard és Fissinger*: Soc. méd. d. Hôp. de Paris 1907, nov. 8. — ²⁹ *Lommel*: Deutsches Arch. für klin. Med., 102 k. — ³⁰ *L. c.* — ³¹ *Cit. Eppinger-nél.* — ³² *Morawitz*: Mohr-Staehelin's Handbuch, IV. — ³³ *L. c.* — ³⁴ *Pappenheim*: Virchow's Arch., 159. k. — ³⁵ *Kongr. für inn. Med.* Wiesbaden, 1900. — ³⁶⁻³⁹ *L. c.* — ⁴⁰ *Progr. med.*, 1907. — ⁴¹ *Annal. d. méd.*, 1914. — ⁴² *L. c.* — ⁴³ *Hayem*: Progr. méd., 1898. — ⁴⁴ *Stadelmann*: Ikterus. Stuttgart, 1891. — ⁴⁵⁻⁴⁹ *L. c.*

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1921 február 5.-én.)

Elnök: **Wenhardt János.** Jegyző: **Lehoczky-Semmelweis Kálmán.**

Boros József: Relaxatio diaphragmatica.

Röntgen-felvételekkel megállapított baloldali relaxatio diaphragmaticát mutat be. A 35 éves nőbeteg bal rekesze magasan a mellkasba domborodik be és domborulata kilégzéskor egészen az elülső III. bordáig terjed fel. A domborulatot a hasüreg felől a gyomor fundusa nagy lég hólyagjával

és a colon egy része tölti ki. A relaxált rekesz légzőkorrendes irányú, a Müller- és a Valsalva-kísérlet alkalmával paradox-mozgást végez. A relaxatio oka valószínűleg a rekesz paresise, a mit valószínűleg tesz a baloldali n. phrenicus csökkent farados ingerlékenysége is. A therapia a n. phrenicus faradozása.

Henszelmann Aladár: A relaxatio diaphragmatica aetiologiájaként a rekeszizom veszületett vagy szerzett gyengeségét, sorvadását említi, a mit a rekeszizom villamos vizsgálatával bizonyít. Az úgynevezett nagy gyomorhólyag keletkezését a rekeszizom beidegzési zavaraira vezeti vissza. A gyomor gáztartalmának szabályozásában a rekeszizom tonusa játssza a főszerepet egyéb tényezők mellett. A petyhüdt rekesz és a nagy gyomorhólyag az astheniának lehet részjelensége.

Országh Oszkár: A rekeszizom szerzett, valószínűleg myogen elváltozásának példaként felemlíti egy esetét. A 31 éves, jobboldali súlyos tüdőgümőkórban szenvedő férfin oly pneumothoraxot létesített, melyet kénytelen volt állandóan nagy nyomás alatt tartani. A beteg Röntgen-ellenőrzés alatt állott. A huszadik töltés után a beteg csak hosszabb idő után jelentkezett s ekkor azt látta, hogy a pneumothorax a jobb mellkasfélben megkisebbedett, a rekesz feljebb szállott s alatta külső harmadában a colon haustumai voltak láthatók. Fel kell tételeznünk, hogy a rekesz izomzata az erőltetett pneumothorax-kezelés folyamán relaxálódott. E relaxatio csak akkor vált felismerhetővé, a mikor a mellüri nyomás csökkenése után elvesztette támasztát, a mikor nem tudott egészen a májhoz simulni s a keletkezett résben a colon helyezkedett el. E magyarázat helyessége mellett szól az, hogy 600 cm³ nitrogen bevitele után a rekesz alatti kép ismét teljesen rendessé vált és az interpositio nem volt azóta sem megfigyelhető.

Id. Liebermann Leó: Adatok az alexinek ismeretéhez.

Ismerteti mintegy két évtizedre visszanyúló vizsgálatait az immuntestek és alexinek vagy complementumok elkülönítéséről, illetőleg azok természetének felderítéséről. A mai előadás tárgya különösen az alexinek, melyekről már ezelőtt 14 évvel kísérletei alapján azt állította, hogy szappanok vagy szappanszerű vegyületek combinatiói bizonyos fehérjefélékkel, különösen globulinokkal és mézszókkal, a mely combinatiók feltűnő hasonlóságot mutatnak a természetes, complementum-tartalmú savókkal. Ezen hasonlóságot kimutatta számos, nagy részben Fenyvessy Bélá-val végzett kísérlet, de ezen régibb kísérletek egy dolgot nem tudtak kimutatni, t. i. azt, hogy ezen mesterséges szappancombinatiók a specifikus complementumkötés tekintetében is úgy viselkednek, mint a természetes vérsavók. Az előadó újabb kísérletei, melyekben methylalkoholos szappan- és chlorcalciumoldatokat és inaktivált nyúl-savót használt, a specifikus complementum-kötést illetőleg is teljes eredményre vezettek. Az ilyen mesterséges combinatiók a Wassermann-féle luesreakciónál és a takonykór serodiagnózisánál helyettesíthetők a természetes complementumot. A részleteket leíró dolgozat legközelebb meg fog jelenni.

Preisz Hugó: Kérde, hogy a mesterséges complementumnak az alexinek tulajdonsága megvolt-e, állás után változott-e, bacteriumokat megölt-e, dializálható-e?

Liebermann Leó: A kísérletek bizonyítják, hogy a mesterséges complementumok minden tekintetben úgy viselkednek, mint az alexinek. A bactericid hatást illetőleg még nem tud választ adni. A methylalkoholos szappanoldat, a methylalkoholos chlorcalciumoldat és az inaktivált nyúl-savó 1/2%-os carbololdattal soká eláll változatlanul.

Csepai Károly: Újabb vizsgálatok a mellékvese-kivonat hatásáról az ember pulzusára és vérnyomására.

1. Az összes eddigi vizsgálok a szervezet adrenalin-érzékenysége és egyéb synonym kifejezések alatt azon pulzus-változást és vérnyomásemelkedést értették, melyet subcutan adott adrenalin-injectio után észleltek. Ezen reactio hiányából, gyengébb vagy erősebb voltából, illetőleg változó lefolyásából a szervezet hiányzó, csökkent vagy fokozott adrenalinérzékenységére következtettek. Csepai és Fornet vizsgálatai kiderítették ez álláspont tarthatatlan voltát. A subcutan adott adrenalin-injectiókból a szervezetnek csupán látszólagos adrenalinérzékenységére lehet következtetni a felszívódási viszonyok különbözősége miatt. A szervezet valódi adrenalinérzékenységét az intravenás adrenalin-injectio után kifejlődő reactio fogja mutatni. 2. Az intravenásan adott adrenalin

iránt az emberi szervezet igen érzékeny, épp ezért az általánosan elfogadott 0.5—1 mgr. adag túl magas. E mennyiségnek 1/10—1/20-a már 100 cm.-en felüli vérnyomásemelkedést okoz és igen kellemetlen tünetekkel járhat. 3. Az adrenalin a vérpályában 10 percen belül nem bomlik el, tehát az intravenás adrenalinhatás gyors lezajlása ezzel összefüggésbe hozható. 4. Straub és Ritzmann ama megállapítása, hogy a subcutan adott adrenalin 94%-a elbomlik és nem jut felszívódásra, emberre vonatkozólag nem tartható fenn. Gyakran kimutatható 30—40% felszívódása, de a kísérletek a mellett szólnak, hogy a subcutan szövetben az adrenalin alig pusztul és csaknem teljes egészében felszívódásra kerül. 5. A subcutan adrenalin-injectio hatásának fokozása, helyesebben a felszívódás gyorsítása a végtag időleges lekötésével, hő helybeli alkalmazásával és előzetes thyreoidea-adagolással elérhető. 6. Thyreoidea-adagolás normalis szervezetben csak a subcutan adrenalin-injectio hatását fokozza, az intravenásét nem, tehát úgy látszik, csak a felszívódást gyorsítja, a szervezet adrenalinérzékenységét azonban nem emeli. 7. Myxoedemában a thyreoidea úgy a subcutan, mint az intravenás adrenalin-reactiót fokozza, tehát a szervezet adrenalinérzékenységét növeli. 8. Az adrenalin felszívódását a bőr alatti szövetből nemcsak a localis érgörccs gátolja, hanem úgy látszik, az egész bőr és bőr alatti kötőszövet szerkezete szerepet játszik benne. 9. A különböző szervezetek igazi adrenalinérzékenységében megközelítőleg sincsenek olyan különbségek, mint a subcutan injectióval megállapított látszólagos érzékenységekben. 10. Súlyos vasomotoros bénulásnál a szervezet adrenalinérzékenysége kifejezetten csökkent. 11. A mesterségesen hyperadrenalinanaemiás szervezet adrenalinérzékenysége fokozott. 12. Ellentétben Pal megfigyelésével, emberen a papaverin az adrenalin okozta vérnyomásemelkedést nem szünteti meg, sőt a legtöbb esetben fokozza.

Mansfeld Géza: Az adrenalin-hatás gyors megszűnését illetőleg az állatkísérletek egyértelműen azt mutatták, hogy ennek az oka az adrenalin gyors elbomlása a vérben. Abban a pillanatban, a mikor a hatás lezajlott, adrenalin a vérben többé nem mutatható ki. Ezt a kísérletes megállapítást az előadó tapasztalata nem dönti meg. Tudjuk, hogy gyenge natrium carbonat-oldatban az adrenalin órákon át alig veszít hatásából, oxygen átáramoltatása után rövidesen hatástalanná lesz. Egy további kísérleti sorozatból az előadó azt a következtetést vonja, hogy az adrenalin felszívódásának lassú voltát nem az általa létesített érgörccs okozza, hanem hogy az a pajzsmirigy működésétől függ. Hogy az adrenalin felszívódását az érgörccs késlelteti, azt azok a kísérletek bizonyítják, melyekben más anyagoknak, például a strychninnek felszívódását adrenalinval annyira lehet késleltetni, hogy a strychnin halálos adagja adrenalinval együtt adva veszélytelennek bizonyult. Ez az adrenalinhatás kiterjedten felhasználható a helybeli érzéstelenítésben, hogy az érzéstelenítő szereket rögzítsük az alkalmazás helyén. Éppen ezért nem szabadna megelégedni arról, hogy a befecskendezés helyén létrejött érzésküvet ugyancsak a sympathicus-ideg-vegek izgalmanak eredménye épp úgy, mint a vérnyomás-emelkedés, intravenás adagolás mellett mértéke az adrenalin-érzékenységnél. Ebből folyik az, a mit az előadó is megfigyelt, hogy t. i. olyanokon, a kiknek az adrenalin-érzékenysége igen nagy, tehát intravenás adagolásra a vérnyomásuk magasra emelkedik, subcutan befecskendezésre csak lassan áll be a vérnyomás emelkedése, mert hiszen ezekben a helybeli érgörccs is erősebb, tehát a felszívódás is lassúbb kell hogy legyen. Hogy pedig végeredményben ezeken subcutan adag után is a vérnyomás magasabb értéket ér el, mint érzéketlen emberen, az természetes, mert hiszen a helybeli érgörccs nem tartós és így végül is felszívódik az adrenalin s kifejti hatását.

Büchler Béla: Az adrenalinérzékenység meghatározása pusztán a vérnyomás-mérés és a pulsus-szám alapján nem elégséges, mert constitutionális tényezőkkel is számolni kell. A dementia praecoxban szenvedők egy részén paradox adrenalin-reactiókat kapunk, a mi valószínűleg e betegek egy részének adrenalinbontó képességével függ össze.

Csepai Károly: Mansfeld hozzászólására megjegyzi, hogy a venosus vér is tartalmaz oxygent, mely legalább is az adrenalinhatás lényeges csökkenésére vezetne, ha az adrenalin a vérben elbomolnék. Ama kijelentésre, hogy pusztán az érgörccs gátolja az adrenalin felszívódását, utal a saját és mások kísérleteire, a mi pedig azt a megjegyzést illeti, hogy a szervezet valódi és látszólagos érzékenysége között nem kell különbséget tenni, mert a helybeli érhatás a kifejezője az adrenalin-érzékenységnél, rámutat, hogy ez az állítás adrenalin-érzékenységet tételez fel. A hozzászóló figyelmébe ajánlja, hogy ez esetekben intravenásan is adjon adrenalin, a mikor látni fogja, hogy szó sincsen adrenalin-érzékenységről, mert az esetek kétségtelenül vérnyomás-emelkedéssel fognak reagálni.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A postoperatív bélzavarokról közölnek tanulmányt Goldschmidt és Müllender az Eiselsberg-klinikáról. Az eredményeket a következő pontokban foglalják össze: 1. Gyomorműtétek után az eseteknek 29,3%-ában észleltek bélzavarokat. 2. E zavarok lehetnek enteritisek és colitisek; utóbbiak klinikai és kórbonczani tekintetben nagyon hasonlíthatnak a dysenteriához és halálos lefolyásúak is lehetnek. 3. Diphtheriás colitisek más szervek betegségei miatt végzett műtétek után is előfordulnak (központi idegrendszer, retroperitonealis haematomák és genyvedések). 4. Az ilyen colitis eseteiben aetiológiai momentumként szerepelhetnek: a gyomorchemismus megváltozása és ettől feltételezett átalakulása a bélflórának a bac. faecalis alkaligenes túlsúlyba jutásával, érparalysis, vasosecretiós zavarok. 5. A mi a gyógyítást illeti: a sósavat és az acidolpepsint mindig meg kell kísérelni, még pedig elsősorban a hígított sósavat. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 32. kötet, 4. füzet.)

Az elsődleges szívgyengeség megkülönböztetéséről az elsődleges vérkeringésgyengeségtől ír Gerhardt tanár (Würzburg). Az elsődleges szívgyengeség tünetei a következők: cyanosis, a nagy gyűjtőerek erős teltsége és gyakran élénk pulsatioja, májnagyobbodás, pangásos vizelet, gyakran a szív megszálesbedése megszálesbedett látható pulsatióval, gyakran accidentalis zörejek főleg a pulmonalis és a jobb kamara fölött, nem ritkán galoppriythmus, többnyire szapora és lágy érverés, rendes vagy kissé csökkent vérnyomás, többnyire kifejezett nehézlégzés; a sensorium rendszerint tiszta, ritkábban soporosus vagy a sopor és a csaknem maniás izgatottság között változó. Ezzel szemben érhűdés okozta keringésgyengeség esetén a következőket találjuk: halvány bőr, kevésbé telt, gyengén pulzáló gyűjtőerek, a szív fölött — esetleges zörejeket leszámítva — nincs rendellenesség, az érverés többnyire szapora, lágy, kevésbé telt, a vérnyomás erősen csökkent, néha subjectiv dyspnoé, a légzés azonban szabad, a sensorium gyakran zavart akár a teljes öntudatlanságig. De a klinikai kép nem mindig egészen tiszta. A halványság mellett elég gyakran áll fenn többé-kevésbé kifejezett cyanosis; a nagy gyűjtőereken, ritkábban a májon is észlelhetők néha a pangás tünetei. A szívűdés biztos jelei: a látható pulsatio és a szívcsúcslökés megszálesbedése, továbbá a galoppriythmus a fertőző betegségek lázas szakában beálló collapsus, vagyis a vérkeringés hűdése esetén csaknem mindig hiányzanak. Elegendően gyakran találhatók azonban heveny lefolyású gümőkórban, némely subacut sepsis-esetben és a diphtheria utáni látszólagos reconvalescentiában előforduló collapsusos állapotokban. Jellemző, hogy ez utóbbi esetekben a bonczolás alkalmával a szívet tágultnak, petyhüdtnek, többnyire zsírosan elfajultnak találjuk, diphtheria eseteiben pedig a myocardiumban interstitialis gyuladást mutathatunk ki, vagyis a vérkeringés gyengesége mellett itt szívgyengeség is fejlődött, míg a typhus vagy pneumonia lázas szakában az említett változások nincsenek meg.

A mi már most a gyógyítást illeti: a tulajdonképpeni szívgyengeség ellen legfőbb szerünk a digitalis, továbbá a kámfor és a coffein, a mechanikai beavatkozások közül pedig az érvágás; vérkeringési, illetőleg érgyengeség eseteiben ellenben többet várhatunk az érszűkítő szerektől, elsősorban az adrenalinától, továbbá a hydrotherapiától és más bőringerektől, végül a konyhasóoldatbefecskendezéstől. Az említett szerek, illetőleg eljárások gyakorlati alkalmazása szempontjából a következőket emeljük ki. Ha a szívgyengeség sürgős beavatkozást igényel, subcutan adunk digalént, avagy intravenásan digalént, digipuratumot, strophantint; az intravenás adás kerülendő azonban az esetben, ha a beteg már digitalis-hatás alatt áll, mert hirtelen szívmegekárosodás állhat be. A kámfort illetőleg a szerző is ajánlja a cadechol nevű újabb kámforkészítményt, mint a mely a gyomrot nem károsítja.

Az adrenalin intravenás alkalmazását ma már elhagyták, mert a beálló vérnyomásnövekedést nagyfokú csökkenés követheti, velejáró halálos collapsussal; bőr alul adva kevésbé gyorsan hat ugyan az adrenalin, a hatása azonban tartósabb és kevésbé veszélyes. Közvetlenül a vasomotoros központra hat a coffein, a strychnin és a kámfor; legjobbnak ez utóbbit tartja a szerző, már csak azért is, mert a sokszor egyidejűleg jelenlevő szívgyengeség ellen is hat. A hydrotherapiás eljárás a bőr ingerlése útján reflectorice hat az érdegekre; ugyanilyen alapon használhatók a mustárfürdők, a mustáros bepakkolások stb. Érhűdés eseteiben a hűdött érterületek tartalmazzák a vér nagy részét, a szervezet mintegy a saját ereibe vérzik el; ilyenkor a vér mennyisége szaporítandó sósavoldat, Ringer- vagy Locke-oldat bőr alá vagy intravenás befecskendezésével. A szívgyengeség megkülönböztetése az érgyengeségtől főleg a vérmennyiség therapiás befolyásolása szempontjából fontos: szívgyengeség esetén a túltelt vénák és ezzel a túltelt jobb szív tehermentesítése céljából vért bocsátunk; érgyengeség esetén ellenben az ereknek rossz telődését konyhasóoldat (vagy más folyadékok) befecskendezésével iparkodunk leküzdeni. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1920, 23. szám.)

Gyermekorvostan.

Az egészséges és beteg csecsemő gyomrának és duodenumának bakteriológiájáról ír K. Schee. Hogy sterilen kapjon gyomor- vagy duodenum-tartalmat, vékony szondát vezetett le olyanképpen, hogy a szonda ablakát agarcsappal beragasztotta s ezt akkor fújta ki ballonnal, a mikor a szonda a kívánt helyen volt, a miről viszont Röntgen-átvilágítással győződött meg. A kapott anyagot azonnal feldolgozta bakteriologialag. Súlyt helyezett a gyomor savtartalmának (H-ion-concentrációjának) meghatározására is, hogy ennek a bacteriumflórára való hatását tanulmányozhassa. Egészséges és gyomorbél-, valamint táplálkozási zavarokban szenvedő csecsemőkön nagy számmal végzett vizsgálatokat. E vizsgálatok eredményeit a következőkben foglalja össze:

A csecsemőgyomor tartalmának savfoka physiologiás állapotban a tápfelvétel után eltelt idővel állandóan emelkedik s néhány óra múlva ([H'] = 20—60:10⁵) olyan értékeket ér el, amelyek a colicosport bacteriumait teljes biztossággal el tudják ölni. A gyomortartalom savfokainál ([H'] = 20—60:10⁵) az mindig steril, akkor is, ha a duodenumban bőséges bacteriumflora tenyészik. Alacsonyabb savfokoknál általában csak akkor találunk tenyésztéssel kimutatható bacteriumflorát a gyomorban, ha ez a duodenumban is megvan; a kép ilyenkor megközelítően azonos; mindig újból eltűnnek a bacteriumok, mielőtt a gyomortartalom savfoka bizonyos magasságot elér. A gyomortartalom a duodenum felől fertőződik. A heveny táplálkozási zavarok legsúlyosabb formáiban, súlyos dyspepsiában és alimentaris intoxicációban gyakran igen magas savfokot mutat a gyomornedv ([H'] = 20—60:10⁵ és több). Egészséges csecsemők gyomrában és duodenumában tenyésztéssel nem mutathatók ki bacteriumok, vagy csak enterococcusok.

Parenteralis dyspepsia 8 esete közül 4-ben colibacteriumok voltak kimutathatók a duodenumban, a másik 4 esetben azonban a dyspepsiás jelenségek nem voltak a felső bélszakaszok bacteriumflorájával összefüggésbe hozhatók. Az enteralis dyspepsiák egységes képet adtak. Minden esetben a duodenumban bőséges bacteriumflora volt, nagyoobbrészt coli, egyedül vagy más bacteriumok (fluorescens, faecalis alkaligenes stb.) társaságában, egy súlyos esetben csupán egy másfajta bacterium szintenyésze volt nyerhető: Gram-negatív diplococcus. Ez egyébként az összes súlyos esetek 15%-ában jelen volt. Egy esetben a szövettani vizsgálat sorozatos metszetekben azt mutatta, hogy a bacteriumok a duodenum falába is behatoltak. Klinikailag vérhasnak diagnosztizált esetekben is bőséges duodenumflora volt jelen (coli). Két kísérletben, a midőn tejsavó-tejczukortáplálással dyspepsiát idézett elő, a duodenumban bacteriumokat nem talált. Egy

súlyos parenteralis megbetegedésben intoxicatio tünetei mellett nem volt duodenalis flora.

Az alimentaris intoxicatio kórképéből 5 esetet vizsgált. Nagyonbbrészt feltűnő magas savfok volt a gyomornedvben ($[H^+] = 20-60:10^5$ és magasabb) s ennek folytán a tartalom sterilis volt. Ellenben valamennyi esetben bő bacteriumflora volt a duodenumban, főként coli, más bacteriumok társaságában. 8 súlyos esetben az agglutinációs próba a saját törzsszel negativ eredményt adott.

4 súlyos esetben polyvalens coliserumot injiciált látható eredmény nélkül. (Jahrb. f. Kinderhk. 92. Bd, der dritten Folge 42. Bd.)

Zentai dr.

Lipodystrophia progressiva. A Barraquer által 1906-ban először ismertett és Simons által lipodystrophia progressivának nevezett sajátságos kórképnek egy esetét közli F. Pramer 11½ éves leánygyermeken. Az eset az irodalomban a 26. A kórkép lényege a panniculus adiposus rendellenes viselkedése, mely progressiv-symmetriás jellegű, az arczon, a nyakon, a törzs felső részén, a gerincoszlop mentén, a felső végtagokon s a lábfejekön atrophia, a törzs alsó részén, a medenczén és az alsó végtagokon — a lábfejeket kivéve — hypertrophiára vezet. A fejlődési korban kezdődik, fájdalmak nélkül folyik le és csak több évi fennállás után állapodik meg. A szó valódi értelmében tulajdonképpen nem betegség, hanem inkább fejlődési zavar, nem vehető fel, mely csak egy szövetre terjed ki. Hereditas nem mutatható ki, ellenben a szülők részéről az alkoholismus és neuropathia befolyása nem zárható ki teljesen. A faj és nem nem játszik fontos szerepet, ámbár a női nemben valamivel nagyobb számmal fordul elő. A zsírszövet veleszületett tökéletlenebb fejlődése nem játszik szerepet. Az idegrendszernek bizonyára van szerepe. Némelyek belső secretiós zavarban látják az okát. Egyelőre trophoneurosisnak kell tekinteni.

Szerző a biztos diagnosis felállításához megkívánja: 1. a koponya Röntgen-felvételét; 2. az atrophias és hypertrophias részek szövettani vizsgálatát; 3. a panniculus adiposus vastagságának vizsgálatát Feer methodusa szerint.

Minden therapia eredménytelen. A prognosis relative jó, mert a folyamat bizonyos idő múlva spontán megállapodik. (Monatschrift für Kinderheilkunde, XV. kötet.)

Ujj dr.

Sebészet.

A kurara hatásáról tetanusban ír Schönbauer az Eiselsberg-klinikán észlelt egy eset kapcsán. Az 54 éves nő sérülése után 11 nappal vették fel, mert nem tudta már kinyitni a száját. Sebét, mely a koponyáján volt 10 cm. hosszú, zúzott repedésszerű alakjában, burgonyapinczébe zuhanás alkalmával kapta. A seb lepedékének éles kanállal lekaparása és a sebnek tetanus-antitoxinnal átitatott gaze-zal kitömése után intralumbalisán 600 és intravenásan 400 egységnyi tetanus-antitoxint adtak. Másnapra az állapot rosszabbodott s ezért megkezdték chloralhydrat és kurara alkalmazását; az előbbiből naponként 3 grammot adtak klysma alakjában, az utóbbiból pedig először 2 milligrammot és ezt az adagot naponként 1 milligrammmal emelték 5 milligrammig; a reggelenként adott kurara délután 4 óráig görcsmentesítette a beteget, de azután újból jelentkeztek a görcsrohamok. Ezért később az adagot kettéosztva, az egyik felét reggel, a másikat este adták a bőr alá, jó eredménnyel. Az összesen 14 napi kezelés alatt 63 milligramm kurarát kapott a beteg. A szerző azt hiszi, hogy a kedvezőtlen eredmény, a melyről Kausch meg Pribram értesít, a kurarának nem jó minőségére vezetendő vissza. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 7. sz.)

Elmegyógyászat.

Kriminalis heboid néven Rinderknecht a schizopreniás dementia praecoxos betegek alosztályát tevő kórképet állapít meg. Az ide tartozó betegekre jellemző, hogy míg az értelem viszonylagosan ép marad a betegség fejlődése nyomán, addig kora gyermekkorukban magabazárkóztak, ösztönéletük autis-

tikus, affectivitásuk nagy, hajlamosak az ellenkezésre, antisocialis cselekedetekre, *hirtelen elmúló hebefreniás és katonai izgalmi állapotokat* tüntetnek fel. A *pubertas után*, vagy a serdülő kor elmúltával kifejezett bűntevési hajlam mutatkozik, de nem önző indokokból kiindulólal. Ez a schizopreniás elmebetegség kevés, vagy semmi hajlandóságot sem mutat az elbutulásra s összetéveszthető eleinte *moralis imbecillitással*. Férfiak között gyakoribb. *Korai felismerése az izolálás miatt szükséges, mert javítóintézetekben és fegyházakban a fiatalkorúakat fertőzhetik az e csoportba tartozó egyének.* (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 56. köt.)

Schuster dr.

A malaria tertianának a hűdéses elmezavarra gyakorolt gyógyhatásáról ír Gerstmann. A paralysis láztherapiája nem új keletű. Donáth Gyula érdeme, hogy a natrium nucleicumot mint fehérjetherapiát alkalmazza. Wagner-Jauregg a tuberculinnal és typhus-vaccinával végzett gyógyító kísérleteket. Majd Plaut és Steiner a pallidával rokon recurrens-oltásokkal próbálkoztak. Wagner 1918-ban közölte első észleleteit malaria tertianával oltott betegeiről. 9 beteg közül 3 teljesen remittált s folytatja foglalkozását még most is. Gerstmann folytatta Wagner kísérleteit. Malaria betegnek a roham alatt vett vérből 1 cm³-t fecskendeznek a bőr alá. 10—12 typusos roham után chininnel és salvarsannal megszüntetik a malariát; a teljes malaria-gyógyuláshoz a lép besugározása útján győződnek meg. 28 paralytikus beteg közül 7 teljesen remittált, 6 esetben szellemi rejtett defectus maradt meg, míg 5 esetben a betegek házi ápolásra alkalmassá váltak; az észlelési idő 1½—2½ év.

Schuster dr.

Venereás betegségek.

A nemi bajok elleni védőszerek értékéről végzett kísérletes összehasonlító vizsgálatokat P. Manteufel és H. Zschucke (Berlin). A nemi betegségeknek állandó terjedése szükségessé teszi, hogy a syphilis és gonorrhoea elleni intézkedések jóval szigorúbbak legyenek. E küzdelemben nagyfontosságú az egyéni prophylaxis is, melynek eszközeit elvi aggályok alapján nem lehet egyszerűen elvetni; a nemi bajok veszedelme ehhez túlnagy. Tekintve, hogy az általánosabb használatban a mechanikai védőanyagok (condom, halhólyag) háttérbe szorulnak, a szerzők inkább a különböző vegyi szerek vizsgálatára vetették figyelmüket. Az ily védőszerek száma ma már légió s hogy minduntalan újabb „biztos” szert ajánlanak, legjobban bizonyítja az eddigi anyagok nem tökéletes voltát. A kérdés bacteriologiai alapon való tanulmányozását a szerzők a német birodalmi egészségügyi hivatalban végezték. A vegyi védőanyagok értékének bacteriologiai vizsgálatokkal való eldöntése igen körülményes, hiszen nem lehet egyszerű in vitro-vizsgálatokról szó. A szerzők a kankóellenes anyagoknak vizsgálatára külön eljárást dolgoztak ki, mely lehetőlegm egközelíti a gyakorlati viszonyokat. A syphilis-elleni szerek vizsgálatát állatokon végezték. Erre a célra patkányokat és egereket használtak s így természetesen nem syphilises anyaggal, hanem recurrens-spirochaetákkal kísérleteztek. Régebbi vizsgálatok bizonyítják, hogy úgy a recurrens-spirochaeta (Manteufel), mint a syphilis-spirochaeta (Schellack) a szabad szemmel sértetlennek látszó hámon keresztül is okozhat fertőzést s hogy ilyenkor a recurrens-spirochaeta gyorsabban okoz általános fertőzést, mint a syphilis-spirochaeta. Véleményük szerint tehát az a szer, mely a recurrens-spirochaeták ellen beválik, annál inkább használható a syphilis ellenében is. Belátható azonban, hogy ez a fölvetett analogia csakis az általános mikrobicid hatású szerekre állhat s nem a szigorúan specifikus parasitotrop szerekre (pl. atoxyl). A szerzők a legkülönbözőbb gonorrhoea- és syphilisellenes szereket próbálták ki. Az első csoportban volt: protargoloidat (5—20%) és protargol-vaselin, továbbá uranoblen, choleval, delegon, hydrargyr. bichloratum és oxycyanatum. A második csoportban vizsgálati anyagnak szolgáltak: hydrargyr. bichloratum és oxycyanatum vizes oldata, ugyane szerek kenőcsalakban, a Neisser-Siebert-féle

crème, virokenőcs. Hogy egy védőszer igazán használható legyen, a következő követelményeknek kell megfelelnie: megbízható, ártalmatlan, tartós és könnyen alkalmazható legyen. A szerzők kísérleteikben azt is vizsgálták, hogy mely anyag a legalkalmasabb arra, hogy egymagában mindkét nemi baj (gonorrhoea, syphilis) ellenében az egyéni prophylaxis szempontjából beváljon. Ez minden esetre nagy haladást jelentene. E tekintetben a szerzők különösen alkalmasnak találják a 0.3%-os sublimat-lanolint, melynek igen jó desinfectiós és egyben mechanikai védőhatása van. Ez annál is inkább állhat meg, mert kiderült, hogy a gonorrhoea prophylaxisában a kénésósók legalább is egyenértékűek az ezüstsókkal. A szerzők vizsgálataiból egyébként az is kiderült, hogy a védőszerek 30 perczzel az infectio után legtöbbször már hatástalanok. A prophylacticumok utólagos alkalmazásának értékét tehát nem szabad túlbecsülni. Ez egyébként Neisser-nek egy régebbi kísérleti adata alapján is várható volt, mely szerint syphilissel oltott majom infectiója a 10 perczzel később végzett excisióval már nem volt megakadályozható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 2. szám.) *Guszmán.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A gonorrhoea prophylaxisára *Finger* tanár nem ajánlja az újabban szokásos eljárást, a mely abból áll, hogy gonococcusölő szerek erős oldatából néhány cseppet viszünk a húgycsőbe; ilyen módon ugyanis nem jut eléggé mélyre a szer, a folyadék csekély mennyisége nem simíthatja el a redőket s így módon a gonococcusok nem juthatnak egész összeségükben a szer hatása alá. Ezért ő inkább protargol, argonin vagy choleval 1% os oldatából fecskendeztet a húgycsőbe 10 cm³-t és 10 perczig benntartatja; eredménytelenség ez eljárás mellett mindeztideig nem jutott a tudomására. Jó eredményt látott egyébként a Merck-gyár által forgalomba hozott choleval-védőpálczikáktól is, a melyek vízzel megnedvesítve vezetendők be a húgycső elülső részébe. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1921, 1. szám.)

Gümös mellékheregyulladás eseteiben *Wildbolz* szerint nem biztos hatású a heliotherapia; 13 ilyen módon kezelt esetben az anatómiai vizsgálat gümös góczokat mutatott ki. Ezentúl is tehát a sebész kiirtás végzendő. (Schweizer mediz. Wochenschrift, 1920, 506. 1.)

Vegyes hírek.

Herbert Hoover, az Egyesült Államok volt élrelmezési diktátora s a nagyarányú amerikai gyermeksegélyező actio szervezője New-Yorkból a következő levelet intézte a magyar központi bizottság elnökéhez, Bókay tanárhoz:

„Kedves Bókay dr.! Épp most kaptam meg végső beszámoló jelentését a Magyar Központi Bizottságnak, a mely oly erőlyesen és eredményesen vezette a gyermeksegélyezés munkáját 1919 novemberétől 1920 augusztus végéig. Ez alkalomból magam és társaim nevében nagyrabecsülésünket van szerencsém kifejezni úgy Önnek, mint a központi bizottság többi tagjának, valamint mindazoknak, kik a részletes munkában részt vettek. Az egész magyarországi munkálkodás csodálatra méltó bizonyítéka a lelkes együttműködésnek. Ön és társai, a magyar kormány nagylelkű segítségével támogatva, eredménytel valószínűsítették meg a magyar származású amerikaiak előkelő társaságának ohajait, a magyarországi nélkülözők részére alakult segítő bizottság s annak különböző szervei útján működve, a kik lehetővé tették az élelmiszerek és ruházat beszerzését és ezeknek vezetésem alatt történt elküldését és szétosztását. E végső jelentés bizonyítja, hogy a gyermeksegélyezés problémáját az Önök bizottsága mily gondosan tanulmányozta. A jelentés a legjobb és legszemléltetőbb beszámolás munkánk részleteiről mindazok között, a melyek eddig kezeimhez jutottak. Mindenképpen megnyugtató tudnom azt, hogy Ön és munkatársai bonyolítják le a mai gyermeksegélyezés munkáját is s hogy kormányuk részéről ugyanazon nagylelkű támogatásban részesülnek. Biztosíthatom Önöket részünkről is a legrokonszenvesebb támogatásról. Legőszintűbb tisztelettel Herbert Hoover m. p.”

A budapesti államrendőrség által orvosoknak kiadni szokott, elzárt területekre eljutást engedélyező igazolványokért ez évben 5 korona illeték fizetendő. A Budapesti Orvosok Szövetségének tagjai az igazolványukat a jelzett összeg lefizetése ellenében átvehetik a szövetség titkári hivatalában hétfőn és csütörtökön 6 és 7 óra között.

A jugoszláv egészségügyi ministerium rendeletet készült kiadni, mely szerint az ország orvosai arányosan helyezendők szét a szerint, a mint azt az egyes országrészek egészségügyi szükséglete megköveteli. Így ha valahol fölös számú orvos van, a fölösleget orvoshiányban szenvedő helyekre (főleg Albániában) telepítik. Sajnos, azt hisz-

szük, hogy a helyváltoztatással első sorban a magyar orvosok lesznek sújtva.

A **Friedmann-féle gümőkórellenes szer értéktelenségére** vonatkozó dolgozatok hosszú sorában méltó helyet foglal el *Kirchner-é*, a melyben a berlini Koch-intézetben végzett vizsgálódásai alapján kimondja, hogy a Friedmann-bacillusokkal kísérleti állatokat sem immunizálni, sem gyógyítani nem lehet. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 7. szám.)

Meghalt. *Fialovszky Béla* dr., törvényszéki orvos és államvasuti orvosi tanácsadó, 59 éves korában február 26.-án Nagybecskerekén.

Zárlat! F. hó 20.-án visszavonhatlanul lezárjuk az

ORVOSI ÉVKÖNYV

szerkesztéségi részét Budapest, f. hó 26.-án a vidéket illetőleg. Ezen terminuson túl újabb adatokat vagy változásokat nem vehetünk figyelembe.

Telefon: „PETŐFI” IRODALMI VÁLLALAT
József 106—47. BUDAPEST, VII., KERTÉSZ-UTCA 16.

LIGET-SANATORIUM NŐGYÓGYÁSZATI VI., Nagy János-u. 47

FIZIKOTERAPIÁS GYÓGYINTÉZETE.
Conservatív kezelés: **THERMOPENETRATIO.**

Hőlég- és fürdőkúrák. Főorvos: **Dr. Cukor Miklós.**

Mindennemű physikalís gyógyító eljárás a néhai **Gyermektorna,**
Dr. Reich **Zander-gyógyintézetben.** Testgyógyítás,
Miklós-féle **Soványítás.**

Igazgató-tulajdonosok: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilt Paula, Dr. Mandler Ottó.
IV., Semmelweis-u. 2. Telefon: József 4—12. Két lift

Dr. GRÜN WALD SANATORIUMA
VII., Városligeti fásor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti, női, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán gyógyintézet
sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15—26.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete
IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56—76

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagy hírű Sárospárd 47° C forrásal
Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet pneumatikuss kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.
Inhalatorium: dr. Tóvölgyi Elemér, egyet. m. tanár.
Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza.
Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104—22

Wassermannra vizsgált, DAJKA intézet. VI., hosszabb ideig (bennlakással) megfigyelt bőrtéji dadák felett állandóan rendelkezik az orvosi Szív-u. 69. Tel.: 93—22.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE
Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevelet-ügyben szolgál:
Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium
Klimatikus, physikalís és diéta gyógyintézet.
Budapest, I., Hidegkuti út 78. Villamos megálló. Telefon: 145—90

Külföldi orvosi lapokra való előfizetést eredeti árakon vállal:
„Petőfi” Irodalmi Vállalat
Budapest, VII., Kertész-utca 16.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR FŐSZERKESZTŐ ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Ritoók Zsigmond: A constitutionalismus elve a belgyógyászatban. 107. lap.
Waller Sándor: Közlemény a Budapest székesfőváros Szent István-kórházának bőrbeteg-
osztályáról. (Főorvos: Poór Ferencz dr., egyet. magántanár.) Adatok az ekzema oktaná-
hoz. 111. lap.
Lőte József: Egy pár szó az orvosi tanulmányi és szigorlati rend új tervezetéhez.
113. lap.

Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1920 október 11.-én.) 114. lap.
Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató ülés 1921 január 13.-án.) 114. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. L. Bürgerstein: Schulhygiene. — Új könyvek. —
Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Stejskal: Az intravenásan adott hypertoniás
oldatok hatása. — Venerens betegségek. A. Fröhlich: A „mirion”. — J. Kyrle és H.
Planner: Klinikai vizsgálatok a Benkő-féle jodkészítménnyel. — Kisebb közlések az
orvosgyakorlatra. 116—117. lap.
Vegyes hírek. 117. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A constitutionalismus elve a belgyógyászatban.

Simmelweis-előadás a Közkórházi Orvostársulatban.

Tartotta: Ritoók Zsigmond dr., közkórházi főorvos, egyetemi magántanár.

Teljes tudatában a megtisztelő feladatnak, mely elé egyik legnagyobb magyar tehetségünk emlékeztetése szolgáló előadás megtartása állít, nagyon is érzem gyöngeségemet ahhoz, hogy emlékéhez méltó gondolatokkal áldozhassak az ő genialis szellemének. A genie tragicumához tartozik életében a meg nem értés, halála után az, hogy szelleme a múlt idők folyamán mindinkább egyedülmaradó, meg nem közelíthető nagysággá emelkedik abban az emberiségben, mely kisugárzásának életet, jelent és jövőt köszönhet. Rettenetes jelenünkben alig maradt már más reményünk, mint az, hogy Semmelweis tanai a magyar anyák életével megmenthetik még nemzetünk számára a jövőt, mely most oly sötétnek látszik. Semmelweis idealismusa, kitartása, Semmelweis becsületessége kíséri a társadalom minden munkás fejét és minden munkás kezét, hogy azok számára, kiket magyar anyák az ő szellemének védelme alatt szülnek, élni érdemes magyar jövőt készítsenek elő.

Az ember szervezete — mint általában minden élő fajé — tulajdonságokkal rendelkezik, melyek a létért való küzdelem megvívására a fajt és az egyént hivatva vannak a legkedvezőbb körülmények közé helyezni. Ezek a tulajdonságok fajiak, tehát átöröklöttek, a fajnak minden tagja részes bennük és e részesség mértéke a faj minden tagjában körülbelül egyenlő határok közt mozog, megfelelőleg egy phylogenetikus optimumnak. A legtöbb egyénen a határok elég szűk korlátok közt vannak s azok a tulajdonságok, melyek e határokon túl a fajnak megfelelő mértéknél erősebben, vagy gyengébben vannak kifejlődve, a létért való küzdelemben a szokványosnál erősebbé vagy gyöngébbé tehetik az egyént.

A jelzett tulajdonságok — az anatómiaiak és functionalisak együttvéve — összege adja a constitutiót.

Az egyéni constitutio közelebbi determinálója a fajon belül a szülők constitutiója, a mely a két csiraplaszma ammixisét folytán két egyén öröklési tendenciáját keveri egybe, vagyis a constitutio az egyéntől független, öröklött tulajdonság: „das somatische Fatum des Individuums” (Tandler).

Ebből a somatikus determinációból kell kiindulnunk, ha a constitutio szerepét a betegségek keletkezésében vizsgálni akarjuk. Ha tudniillik az öröklést lényegesnek tekintjük ebben a kérdésben, csak úgy foglalkozhatunk a constitutio alapján beálló betegségekkel, ha ezekben a bajokban az endogen feltételeket, melyek a constitutióban foglaltatnak, úgy tartjuk szem előtt, hogy azok mindig a priori adottak, determináltak. Nem tudom tehát a legtöbb, erről a kérdéssel író kiválóság (például Ebstein, Martius, Freund, von den Velden stb.) véle-

ményét helyeselni, a kik a constitutiót az öröklésen kívül szerzett tulajdonság gyanánt is elfogadják, annál kevésbé, mert a példák, melyeket a szerzett constitutio lehetőségének bizonyítására felhoznak, exogen hatások folytán beteggé tett s e betegség által megváltoztatott constitutio példái.

Nagy általánosságban Rokitsansky, Bencke, Sigaud már bizonyos constitutiós típusokat különböztettek meg, a nélkül, hogy megkülönböztetéseik alapján ez a kérdés tovább fejldhetett volna, mert például a constitutiós typus digestivus, vagy cerebralis, oly általánosítások, melyekre komoly következtetéseket alapítani nem lehet.

A fajra jellegzetesebb tulajdonságokkal bíró constitutiók mindazon szervei, szövetei, működései, melyekből a faji optimum mértéke hiányzik, dispositióval bírnak bizonyos betegségekre, melyekkel szemben e specialis hiányok folytán a szervezet vagy szervek megfelelő ellenálló képességgel nem bírnak.

Kétségtelen, hogy a dispositio szerzett is lehet, például az alkoholismus vagy lues teremthet olyan szervi vagy szöveti dispositiót, melynek folytán bizonyos közismert betegségek állanak be, ez a dispositio azonban, mely az intra- vagy extrauterin chronikus alkoholmérgezés, vagy lues nélkül sohasem jött volna létre, nem azonos a constitutiós dispositióval, a mely a constitutióval együtt öröklött és átöröklhető s az előd luese vagy alkoholismusa keletkezésére befolyással nem lehet.

A dispositio ezek szerint bizonyos betegségekre való készséget (Krankheitsbereitschaft) jelent, a mely készséget már Pfaundler és Block a diathesissel egyjelentőségű fogalomnak vett, mint a constitutió öröklött tulajdonságát, szemben a betegséggel, mely maga nem öröklhető. A dispositio nem következképpen abnormis constitutio következménye. Például nem minden ember kapja meg a luest, még ha ki van is téve az infectio lehetőségének. Tehát az emberi fajra jellegzetes syphilis-dispositióval szemben bizonyos egyének immunok, a mint Martius mondja: „organisch überwertig”-ek. Az inficiáltak sem mind kapnak tabest vagy paralysist, csak azok, a kik öröklött constitutiójuknál fogva erre disponáltak idegrendszerrel bírnak, vagy a Martius nomenclaturájával, a kiknek idegrendszere „organisch minderwertig”. A dispositio meghatározásában — legalább is az infectiós és szerinte contagiosus betegségekre vonatkozólag — Szontágh ezektől némileg eltér, mikor a constitutiós (endogen) és conditionalis (exogen) tényezők közötti correlatio megváltozásában látja a dispositiót. Ez azonban csak látszólagos eltérés, mert az egyik tényező megváltozása következképpen lehetővé teszi a másik conditionalis tényező kedvezőtlen megváltozását is.

Az öröklés mellett fontos kérdés még az, hogy a szerzett dispositiók átöröklhetők-e s ez által képesek-e megváltoztatni javító vagy káros irányban a constitutiót. A kérdés tulajdonképpen a lamarkismus kérdése, a mely manapság

már eldöntöttnek látszik. *Weismann* értelmében a csíraplasma continuitása a szerzett tulajdonságok öröklését nem engedi meg; *Martius* ha a philogenesis folyamán az ember fejlődésének ősidejére nézve a szerzett tulajdonságok átöröklését nem is látszik lehetetlennek tartani, a történelmi kor emberére nézve azt véli, hogy az már „artfest” lett és így ránézve a lamarkizmus kizárt lehetőség. Tény, hogy példái ezt bizonyítják; így a szerzett immunitás, mondjuk a kanyaró vagy a variola ellen, az utódokra nem vihető át és ha az immunitást bizonyos betegségekkel szemben bizonyos határokon belül fokozódni látjuk, ez a kiválasztás következménye.

A nélkül, hogy ebben a nehéz biológiai kérdésben állást foglalni jogosítva érezném magamat, az az egyéni impressió, hogy a merev anatómiai álláspont szempontjából a szerzett tulajdonságok átöröklése csakugyan nem fogadható el; tehát a kvantitatív elváltozások nem öröklődnek, de nem tartom kizártnak a szerzett kvalitatív tulajdonságok öröklését. Amputált ujjú embernek bizonyára nem lesznek kevesebb ujjal bíró gyermekei, de nehéz elzárkózni az elől a tapasztalat elől, hogy például a rövidlátóság nemzedékről nemzedékre szaporodik, hogy testi munkával nem foglalkozó generációk utódai keskeny, gracilis csontú kezekkel bírnak, a testi munkások generációjának utódai ellenben rövid, széles, erős kezekkel születnek, melyek még akkor is ilyenek maradnak, ha az utód már nem testi munkás. Bizonyos, hogy ez az átalakulás, ha nem látszólagos és csakugyan fennáll, csak több generáció eredménye és nem lépheti túl a fajnak megfelelő anatómiai korlátokat.

Megengedve a kvalitatív tulajdonságoknak ezt az öröklhetőségét, nem lehet elzárkózni az elől, hogy bizonyos szerzett tulajdonságok, például a szerzett szűkmellűség, idők folyamán az utódokra is átszármazhatnak és constitutiós dispositiót teremthetnek. *Bauer* sem zárkózik el a Keimschädigung és Keimänderung lehetősége elől, a szülők állapotának külső — jó vagy káros — befolyása alatt. A constitutiós tulajdonságokra jellemző az öröklés elvet bizonyító familiáris megjelenés. Minél több tagon jelentkezik a betegség ugyanazon családban, annál bizonyosabb a constitutiós dispositio, de ha ritkán jelentkezik is, a recessivitas lehetősége miatt, szórványossága nem szól ellene.

A mennyire fontosnak vélem a constitutio s vele a dispositio öröklött voltának megállapítását, csak másodrendű kérdésnek tartom, hogy a diathesis (vagy dispositio) már magában véve betegség-e vagy sem? *Martius* már azért sem tartja annak, mert a betegség nem öröklhető, csak az arra való hajlam. A szerveknek constitutiója azonban olyan mértékben lehet alacsonyabb értékű, hogy semmi exogen tényező sem szükséges hozzá, hogy funkciójuk a normalis életfeladatokra se legyen alkalmas, vagy a szervek funkciójuk közötti correlatiót megzavarja. Ez az állapot azonban már maga is betegség és így csak fokozati különbséget látok a dispositio olyan mértéke, mely csak betegségi késztséget jelent, és olyan mértéke között, mely ezen késztségen kívül már magában is betegséget képvisel.

Kérdés ezután, hogy a constitutiós dispositio, a diathesis általában az egész szervezetre, vagy csak szervekre (szervi dispositio) vonatkoztatható-e? *Kraus* abból indul ki, hogy a szervezet maga oly összetett készülék, mely egymásba kapcsolódó önszabályozó működések által bizonyos stabilitással bír. Ez a stabilitás, mely nem egyes szervektől, hanem az organismus készülékeinek összefüggési formájától függ, alkotja a constitutio lényegét. Ezért létezik a szervi constitutióval szemben egy szervezeti összconstitutio, melynek mértékétől a kifáradást kívánta alkalmazásba venni.

Ezzel szemben *Martius* súlyt helyez arra, nehogy az összconstitutio elavult fogalma ismét szerephez jusson. Kizártnak tartja, hogy a szervi constitutiók nagy variabilitása mellett a resultatum gyanánt jelentkező összconstitutióra egy-egy mértéket lehessen találni. Ugyanez még előbb a *Pfaundler* álláspontja, a ki szerint a diathesiseknél nem lehet szó valamely általános systemáról, hanem csak esetleges, nem szükségképpen találkozásáról különböző betegség-késztségeknek.

E specifikus ellenálló képesség vagy dispositio ezek szerint nem lehetne az egész szervezet egységes tulajdona, hanem szervekhez, szövetekhez vagy funkciókhoz kötöttnek kellene lennie, például az infekcióknál a vérhez, a neoplasmáknál különböző szövetekhez, a hormonhatásoknál a belső elválasztó szervek működéséhez. A constitutio nem oka, hanem feltétele a betegségeknek. *Hansemann* (Über das conditionale Denken in der Medizin) kimutatja, hogy a causalitas fogalma a betegségek aetiológiájában mennyire ferde irányba vitte gondolkodásunkat.

A constitutiós dispositio tana teljesen beleillik a conditionalismus tanába. Betegség keletkezéséhez endogen (dispositio) és exogen feltételek (például bacteriumok, mérgek, traumák stb.) szükségesek. *Bauer* a dispositiós feltételeket tartja substitutiósaknak, az exogeneket obligatoknak, miután dispositio nélkül például infectio nincs bacteriumok jelenlétében sem, mint azt a bacillushordók bizonyítják, viszont bacteriumok nélkül dispositio fennállása mellett sem képzelhető infectio. Ugyanő a constitutiós anomáliákat morphologiai, functiós és evolutiós csoportba osztja; utóbbihoz tartoznak az involutiós alakok.

Való, hogy a constitutio függ az anatómiai formáktól, a functióktól és a szervezet azon átöröklött tulajdonságától, hogy bizonyos átlagos korban jelentkeznek rajta lényeges fejlődési elváltozások. Anomalia tehát, ha a másodlagos ivari jelleg, a fiatal kor vagy az öregség általános vonásai a normalisnál korábban vagy elkésve jelentkeznek.

A csoportosítás azonban meglehetősen erőszakolt s inkább csak didaktikai jellegűnek tekinthető, mert a morphologiai tulajdonságok anomáliái functiós anomáliákat eredményezhetnek; a mellékvesék, vagy általában a chromaffin rendszer hiányos képződése például vagotonianak, functiós anomáliának lehet a kiinduló pontja, az ivarmirigyek anomáliái infantilismust, tehát evolutiós constitutionális anomáliát válthatnak ki.

Martius a constitutio anomáliáit mint a faj keretében levő pathológiás — az egyénre káros — individualis variációkat fogja fel, mely variációk lehetőségei a faj magasabb differenciálódásával arányban szaporodnak. S mivel ezek az anomáliák adják a megbetegedések egyik lényeges feltételét, az ember, mint legmagasabban differenciált szervezet, leginkább hajlamos betegségekre. Szerinte vannak I. plus és II. minus variánsok; megfelelnek a morphologiai anomáliáknak. Az előbbieknél a csíraplasma specifikus determinánsai túl bőven, az utóbbiaknál túl szűken vannak adva. Az elsőhöz tartozik a polydaktília vagy polymastia, a hajlam tuberculosisra, az utóbbihoz a színvakság. III. Öröklött dysvariánsok, például a haemophilia, achylia gastrica, albuminuria constitutionális. (Functiós anomáliák.) IV. Oly variánsok, melyeknek beállása időhöz kötött: chlorosis, miopia. (Evolutiós anomáliák.) V. Normalis egyének (vagy szervek) az életenergia abnormis hiányosságával. Tehát lelkiileg és testileg minderwertig constitutiók, melyekre nézve már oly külső hatások is betegségek okozók, melyek az úgynevezett normalszervezetre ártalmatlanok; ez olyan fokú Minderwertigkeit is lehet, hogy már a normalis életfunctiók mint káros hatások érvényesülhetnek. Ide tartoznának az abiotrophiák, vagy az *Edinger* által Aufbauschkrankheiten névvel megjelöltek, tehát az idegrendszer systemás megbetegedései (mert csak functionálisan együvé tartozó idegpályákról tehető fel, hogy egységes determinálóik vannak). Végül VI. constitutiós alapon keletkező betegségek obligat exogen kiváltással: infectiós betegségek. Ha az ilyen csoportosítások nem felelnek is meg a tényleges állapotoknak, nagyjában azt látjuk, hogy bizonyos anatómiai vagy functiós anomáliák olyan túlnyomóan és rendszerint való csoportosulásban jelentkezhetnek, hogy a constitutióra jellemzővé lehetnek. A constitutiós anomáliák bizonyos stigmáinak ily túlnyomó megjelenése szerint typusos syndromákat vettek fel különböző szerzők s így keletkeztek az általános constitutiós anomáliáknak különféle önálló, vagy önállóan látszó kórképei, mint a *Virchow*-féle constitutio chlorotica, a status thymico-lymphaticus (*Paltauf*) és az ehhez tartozó *Czerny*-féle diathesis exsudativa és hydropica, a status

hypoplasticus (*Bartel*), a status lymphaticus (*Pfaundler*), az infantilismus asthenicus (*Mathes*) és a *Stiller*-féle morbus asthenicus. Ezekon kívül a persistáló thymus, a dysthyreoidismus bizonyos formája, a chromaffin rendszer hypoplasiája és a vagotonia képeinek egymással és az előbbiekkal közös vonásaira kívánok rámutatni, mint önállóknak leírt körképekre. Ezeknél az „általánosoknak“ is mondott constitutiós anomáliáknál feltűnő a gerincoszlop normalis lordosisának hiánya, kyphosis, compensációs lordosis nélkül, a scapulae alatae, a mellkas felső és alsó nyílásának szűkülete, a costa fluct. X., a szűk medencze és a status lymphaticusra különösen jellemző cubitus valgus és genu valgum (*Neusser*), pes planus (*Stiller*).

A csöppalakú szív, a szív- és vérrendszer hypoplasiája többnyire szűk felső nyílású és egyébként is szűk mellkasban található s egyéb infantilis tünet mellett más szervek hypoplasiájával, valamint varicositásokkal szokott együttjárni az a chlorotica constitutio képeinek lényeges része (*Virchow*). Egyébként a haemophilia is csaknem kivétel nélkül hypoplasia arteriarummal jár.

Maga a chlorosis a szűk aortán kívül még annyira jellegzetesen együtt jár a ptosisokkal, hogy *Stiller* kizárólag astheniások betegségének tartja, *Paltauf* pedig annyira súlyt helyez a status thymico-lymphaticusban való szerepére, hogy azt „lymphatisch chlorotische Konstitution“-nak nevezi.

A lymphaticus rendszerben az orr-garatüregi vegetatiók, a garat-mell-hasüregi nyirokmirigyek túltengése, a gyomorban az état mamellonné képe, a béltractus, különösen a hosszú és tölcser-nyílású appendix megszorodott lymphadenoid szövete éppen úgy jellemzi a m. asthenicust, mint a status lymphaticust, thymico-lymphaticust, hypoplasticust vagy az infantilismust.

A lymphaticus elváltozásokkal közösen jelentkezik a fibrosis képe, melyet *Duplaix* 1885-ben mint diathése fibreuse-t írt le, a mi mai felfogásunk szerint bizonyára constitutiós anomália, mely egymástól egyébként függetlennek látszó szerveken nyilvánulhat (hepatitis, nephritis interst., arteriosclerosis, az idegrendszer systemás degeneráció), a melyeknek egységes principiumát a kötőszövet egységes constitutiója adja meg.

Stiller a morbus asthenicusra nézve jellemzőnek írja le a szövetek lazaságából származó különböző hasüregi ptosisokat, melyeket *Freund* az infantilis állapottal azonosnak gyanánt magyaráz a szűk mellkas alatt besüppedő epigastriummal s a köldök alatt előboltosuló hasfallal mint külső jelenséggel, s melyek valamennyi említett constitutio közös vonásai.

A vizeleti szervekre nézve a ren migrans, a patkóvese, a foetalis lebenyezettség, a vese hypoplasiája, az ureter hibás eredése a vesemedenczéből, az anatómiai, az orthostatikus, helyesebben constitutiós albuminuria a functiós stigmák, ismét közösen a felsorolt constitutiók valamennyiével.

A genitális szervekre nézve a ren migrans, a patkóvese, a foetalis lebenyezettség, a vese hypoplasiája, az ureter hibás eredése a vesemedenczéből, az anatómiai, az orthostatikus, helyesebben constitutiós albuminuria a functiós stigmák, ismét közösen a felsorolt constitutiók valamennyiével.

A szorosan vett infantilis tüneteken kívül (adipositas, a zsírlerakódás dysgenitalis typusa, halvány, szőrtelen bőr, gyermekes hang, infantilis psyche stb.) infantilismusnál mindig megtalálható a status thymico-lymphaticus, lymphaticus vagy morbus asthenicus több-kevesebb tünete. Kifejlődésében más hormonok mellett a jelentékeny szerepet játszó persistens thymus a status thymico-lymphaticus cardinalis tünete.

Wiesel és *Stoerk* a mellékvesék és az egész chromaffin rendszer hypoplasiáját a lymphatismus, *Neusser* a status thymico-lymphaticus tüneteként említi. A Basedow-kór forme fruste eseteiben csaknem kivétel nélkül megtaláljuk az itt tárgyalt constitutiók egyik vagy másik csoportjának jellemzőnek állított tüneteit.

Az idegrendszer körében *Stiller* a neurastheniára helyez súlyt a morbus asthenicusnál, hangsúlyozva, hogy annak cerebrális tüneteivel szemben a splanchnicus tünetei a túlnyomóak s hogy ebben a sympathicus is részt vesz. Azonban az összes említett kóralakoknál, főleg az infantilismusnál (és ezeken

kívül a forme fruste Basedownál) megvannak a fejletlen gát-lások alapján álló gyermekes lélek jelenségei. A constitutiós ideggyengeség különben systemás megbetegedésekben is megnyilvánul (Aufbrauchskrankheiten, *Edinger*). *Bartel* a status hypoplasticus jellemző tünetének tartja az agyhypertrophiát s a hydrocephalus int. chr.-t is.

Itt kell megemlítenem a vagotoniát (*Eppinger* és *Hess*), melyet *Stiller* a morbus asthenicussal egyenesen ellentétes és nem is constitutiós eredetű körképnek tart. Azonban vagotoniásokon mindig találkozunk több-kevesebb *Stiller*-féle stigmával s az a körülmény, hogy a vagotoniásokkal ellentétes tünetek is szerepelnek a többi constitutiós elváltozásnál, nem sokat jelent, minthogy ugyanazon egyénen elégszer látunk vago- és sympathicotoniás jelenségeket egymás mellett. Sőt *Eppinger* és *Hess* a status thymico-lymphaticust és ennek klinikai képét, a *Czerny*-féle exsudatiós diathesist, a vagotoniához legközelebb álló constitutiós anomáliának, az exsudatiós diathesist (a spasmophil kísérő tünetekkel) a vagotonia infantilis alakjának tartja. Sőt lehetnek véli, hogy a lymphaticus constitutio anatómiai fogalmának klinikai kifejezője a vagotonia.

Látszólag nagyobb az ellentét a vagotonia és a Basedow-kór között, ha azokat a forme fruste eseteket vesszük figyelembe, melyekből valódi Basedow talán sohasem fejlődik; feltűnő, hogy a szapora szív működésén kívül a többi tünet egyszersmind vagotoniás jelenség is annyira, hogy *Eppinger* hajlandó ezeket mind vagotoniásnak tartani.

Mindezekre a különben jól ismert tényekre azért voltam bátor ráutalni, mert lehetetlennek tartom ezeket a körképeket egymástól elválasztható, különálló constitutiós formáknak tekinteni. *Bartel* is kiemeli, hogy sem anatómiailag, sem klinikailag nem lehet a constitutio keretébe tartozó fogalmakat mereven csoportosítani, *Neusser* pedig, hogy a status thymicus, status lymphaticus és hypoplasticus nem fedik ugyan egymást teljesen, azonban annyi a közösség bennük, hogy klinikailag egységesnek kell őket tartani. *Pfaundler* lymphatismus alatt a középső csiralemez származékainak congenitalis Minderwertigkeitjét érti. Azt gondolom, hogy ebben a meghatározásban a legjobban jut kifejezésre a tárgyalt anomáliák egy csoportjának közössége. A középső csiralemezből származnak: a harántcsíkolt izomzat, a pleuroperitonealis epithel, a nemi mirigyek parenchymája, kivezető csövek hámja, a vesék és húgyvezetékek hámja; a mesenchymából a csontrendszer, kötőszövet, vérerek és vér, lymphoid szervek és síma izomrostok. Tehát ha a constitutiós anomáliákat öröklött, germinatív eredetűnek tekintjük, fel kell vennünk, hogy azoknak bizonyos alakjánál legalább is túlnyomóan a középső csiralemezben, illetőleg a csiralemez támasztószervében, a mesenchymában rejlő változások okoznak az extrauterin életben a normalistól eltéréseket, minderwertig variánsokat.

A harántcsíkolt izmok, a kötőszövetek lazák, a kötőszövet különböző szervekben proliferációra hajló, a nemi mirigyek, a vizeleti szervek, a vérrendszer hypoplasiás, a vesehám fehérjét átbocsátó, a lymphoid szervek hyperplasiások, kötőszöveti zsugorodásra hajlók, a vér chlorosisra jellegzetes, a serosák gyulladásokra disponáltak és a csontrendszer következményeiben súlyos horderejű elváltozásokat mutat. Az örökléses principium elismerése nélkül érthetetlen volna ennyi, az extrauterin életben annyira differenciált szervnek egyidejű megváltozása és lényeges eltérése a normalistól.

Ezek szerint a constitutio chlorotica, a status thymico-lymphaticus és a diathesis exsudativa, a status hypoplasticus, a status lymphaticus, az infantilismus asthenicus és a morbus asthenicus egyike sem tekinthető önálló typusnak, valamennyi a középső csiralemez, illetve mesenchyma alacsonyabb értékű voltából származó evolutiós constitutio tünetcsoportja, vagy a *Martius* nomenclaturáját alkalmazva, a faj keretében egységes individualis variánsok. Bizonyos, hogy az egyes tünetek csoportosulása majd az egyik, majd a másik elnevezésnek kedvez, de ez a körülmény nem nagyobb jelentőségű annál, mintha a typhus abdom.-ban egyszer hasmenést, máskor exanthemát nem látunk, azonban ezeknek hiányából két betegséget konstruálni mégsem fogunk.

Ezekkel szemben ontogenetikai alapon bizonyos különállóságot el lehet fogadni a persistáló thymus, a dysthyreoidismus, a chromaffin rendszer hypoplasiája, a vagotonia számára, mint olyan szervek constitutiós anomáliáira, melyek részben a belső, részben a külső csíralemez származékai. Azonban ezt is csak azzal, hogy az ehhez tartozó constitutiós anomáliák uralkodnak a képben s mellettük a középső csíralemezhez tartozók elmosódottak. Viszont fordítva is állhat a dolog. Tiszta képet sohasem fogunk találni sem az egyik, sem a másik csoportban, következményeül annak, hogy az anomáliák a csíralemezek fejlődésénél régebbi eredetűek, magának a continuus csíraplasmának tulajdonságai. Különben a tiszta képek hiányoznak azért is, mert a „forme fruste” esetek gyakoriak, gyakoribbak, mint a kifejezetek s a ki figyelmet fordít rájuk, meg lesz lepve ezeknek a sokaságától. Egyébként a determinált tulajdonságok többnyire csak a pubertásban, vagy az ezt követő időben lépnek elő lappangásukból.

Gyakran elmosódhatik az öröklés is, nemcsak az elődökben esetleg csak lappangó anomáliák miatt, de azért is, mert az egymást követő generációkban más és más tünetcsoportok túlnyomó intenzitással változathatják egymást.

A constitutiós anomáliáknak az eddigről eltérő és tényleg különálló csoportja az elhízás, a kösvény és a cukorbetegség, melyeket *Ebstein* „vererbare zelluläre Stoffwechselkrankheiten” névvel foglalja össze. Úgy magyarázza az összefüggést, hogy az élő fehérjemolekulában, a biogenben (*Verworn*) lefolyó anyagcsere abnormitásai okozzák a nevezett betegségeket s mivel ez abnormitások éppen a biogenezhez kötöttek, természetesen öröklékények. Az adipositást egyedül a sejtprotoplasmához, az arthritist a sejtmaghoz, a diabest ismét a protoplasmához kötöttnek tartja; mindháromnak alapja a sejtfunctio elementaris zavara. Mindhárom minden kombinációban előfordulhat egymás mellett, egyik-másik túlnyomó lehet a kombinációk esetén, de önállóságuk egymással szemben mindig kifejezettebb, mint az előbb tárgyalt csoportoké.

A felsoroltak természetesen korántsem merítik ki a constitutiós anomáliák lehetőségeit; a jól felismerhető alakokkal, mint a haemophilia, színvakság, torzképződések stb., melyeken az örökletesség problémái könnyebben volnának megfigyelhetők, nem foglalkoztam, mert a bemutatott példákkal egyrészt a széttagolt képek egységességét akartam illusztrálni, másrészt ezeket a példákat különösen alkalmasnak vélem az öröklött dispositio, vagy diathesis kérdésének megvilágítására.

A tárgyalt elváltozások valamennyije az egyént a létért való küzdelemben a fajának megfelelő optimumnál gyöngébbé, alacsonyabb értékűvé teszi; ezeket az egyéneket *Billroth* pathológiás race névvel jelölte, mely racéről állítja, hogy a természetes kiválasztás útján, mint ellenállásra képtelen, elpusztulásra van ítélve.

Ha sorra vesszük az egyes szervekre vonatkoztatott constitutiós anomáliákat, ezekből a következő dispositiókat vezethetjük le:

A gerincoszlop normalis lordosisának hiánya a szövetek hiányos tonusával egyik feltétele a ren migransnak. Maga a vándorvese nem egyjelentőségű a functiós albuminuriával, azonban közismert, hogy az ureter elzáródásával a vizeleti szervek számos zavarának lehet okozója. A mellkas felső csontos gyűrűjének szűkülete a tüdőcsúcsok, sőt a bronchus-elágazódások strangulációját, ugyanezen gyűrű mozgathatóságának korlátozottsága a tüdőcsúcsok légcseréjének akadályozottságát okozza s ezek alapján a tuberculosis letelepedését a csúcsokban elősegíti.

A szív és a vérrendszer hypoplasiája kétségtelenül az egész szervezet általános minderwertig voltát jelenti. Nagyobb mértékénél normalis, vagy annál alig nagyobb, kisebbnél súlyosabb testi megerőltetések szívbenulást vagy aorta-repedést okozhatnak, a hypoplasiás szív endo- és myocarditisekre felette hajlamos. Feltűnő, hogy acut infectiós betegségek mily súlyosak és mennyire végzetesek hypoplasiás vérrendszerű egyéneken, még akkor is, ha egyéb constitutiós stigmákkal (például lymphatismus) társulva nincsenek.

Chlorotikáknál és lymphatikusoknál a vérzékenység, továbbá az orr-garatüregi vegetációk befolyása a légzésre, a nagy tonsilláké az infectiókra, a hosszú, tölcsernyílású appendix lymphadenoid szövetben való gazdagsága az appendicitis-hajlamra közismert. Hogy e dispositio miben áll és miként érvényesül az infectiókkal szemben, ez egyelőre nyitott kérdés, bár *Szontágh Felix* állásfoglalásáig már-már eldöntötnnek látszott; de tekintsük az anatómiai elváltozást disponáló endogen feltételnek, vagy mint *Szontágh* véli, az anormalis constitutio részjelenségének (angina-diathesis): az elváltozás fennáll és a betegség keletkezési conditiói közt szerepe van.

Valamennyi támasztó szövet lazasága dispositiót ad a ren migrans, a splanchnoptosis, a diastasisok, herniák keletkezésére; azonban a dyspepsiák, a súlyos anorexiák, az atoniás gyomorbélzavarok a habitualis obstipációkkal mechanikai alapon nem magyarázhatók, hanem éppen úgy, mint a gyomorsecretio závarai, a congenitalis cerebro-sympathicus ideggyöngség következményei, mint *Stiller* hangsúlyozza. Ugyanő kiemeli az ulcus ventriculira és duodenire való dispositiót a gyomor ptosisánál; a hyperaciditással szemben a nyálkahártya szöveti atoniája nem ad védelmet, ha azt valami laesio érte.

A belek secretiós neurosisá következtében colica mucosa állhat be, az enteroptosis spasmusos obstipációra hajlamosít, akár vagotonia mellett, akár a nélkül.

A diathese fibreuse gyakori kísérője a lymphatismusnak, éppen úgy, mint az exsudatiókra és oedémakra való hajlam; utóbbit nem tartom constitutiós, hanem következményes, dispositiós tünetnek, diathesisnek. *Bartel* az exsudatiós hajlam mellett a proliferációs gyulladásokra való hajlam kisebb voltát emeli ki. Exsudatióknál igen erős betegségkészséget talál a fiatal, s ezzel szemben az acut lobos folyamatok háttérbe kerülését az idősebb korban. A lymphatismusnak fiataalkori képe a lymphatikus hyperplasia, a pubertas utáni a lymphatikus atrophia stadiuma; utóbbinál nemcsak a parenchyma-regeneratio hiánya, hanem a kötőszövet párhuzamos hyperplasiája is szerepel. Ez a hyperplasia általános, *Bartel* már néhány napos gyermekhullán is észlelte s különböző szerzők különféle parenchymás szervekben írták le, rendszerint a véreerek mentén beállott kezdettel.

A kötőszövet e proliferációs hajlama a tuberculosisall szemben védő tulajdonságot képvisel és a status thymico-lymphaticusnál *Bartel* kiemeli, hogy mellette a gümőkór lassú lefolyású, jóindulatú, ritkán válik nyílt tüdőtuberculosisá, inkább különleges localisatióval bír. Másrészt dispositiót jelent chronikus infectiók vagy intoxicatiók esetén kötőszöveti túltengéssel járó megbetegedésekre: hepatitis, nephritis interstitialisra, agyi és gerinczagi sclerosisokra.

A kötőszövet e túltengése lehet egyik conditiója a korai öregedésnek. A megöregedés a szövetelhasználás és regeneratiohiány következménye, azonban a kötőszövetnek is van benne szerepe; *Falta* egy, az egész szervezetet érintő kötőszöveti sclerosis eredményeként több vérmirigy sclerosisának tartja s a senium praecoxról *Wiesel* úgy nyilatkozik, hogy az a belső secretiós mirigyek korai fibrosisának következménye.

Az exsudatiós diathesis, mely mellett a chronikus polyserositisek később vastag álhártyás összenövésekkel járnak, a constitutiós fibrosis kísérőjének látszik.

A vizeleti szerveken a mozgékony vesén kívül a constitutiós albuminuria alkot dispositiót nephrosisokra. A genitális szerveknél megemlítem a hosszú tubákban rejlő dispositiót extrauterin graviditásra, a kryptorchismusban rejlőt a here-sarkomákra.

A thymus persistentiája a thymus-halál veszélyével jár; különösen a narcosis végzetes voltát emelik ki. Thymus-halálnál a gyermekkorban a mechanikai hatás és a constitutiós dysfunctio együtt szerepel, felnőtteknél mechanikai hatás nem jön szóba, hanem a lymphatismus mellett a véreerek hypoplasiája. *Neusser* hivatkozza a *Möbius*-féle congenitalis mag-aplasiákra, úgy véli, hogy lehet az vagus-halál a bulbaris centrumok fejletlensége alapján.

A thymus és a többi belső elválasztás mirigye hormonhatásának kimaradása által teremt functiós úton dispositiókat,

szemben az előbbiekkal, melyek túlnyomóan anatómiai dispositiókat alkotnak. Functió jellegű a vagotoniás dispositio is a számos spasmophil eredetű tünettől, melyek közt az asthma bronchiale a hydropsos és exsudatiós diathesisel közös.

A tárgyalat constitutiós anomáliák — talán a diabetes, köszvény és elhízás különálló csoportjának kivételével — közös tulajdonsága, hogy az acut infectiókkal és mérgezésekkel szemben túlérzékenynyé teszik a szervezetet.

A bakteriologia az infectio feltételei közt a bacteriumok jelenlétét obligat tényezőnek tekinti; ez obligat tényezők által feltételezett infectióval szemben a szervezet immuntestekkel védekezik s ezeknek mennyisége a constitutiótól függ. Az immuntestek hiánya adná az infectióra való dispositiót.

Ezzel szemben Szontágh a dispositiót — melyet már betegségnek tekint — mint a szervezetben fekvő tulajdonságot, tartja obligat conditionak, a mennyiben a bacteriumok csak activálói a betegségeknek, ha a szervezet genetikai (endogen, tehát constitutiós) és oekológiai (tehát exogen) tényezői között fennálló correlatio megzavartatik. A correlatiónak ez a megzavartatása Szontágh értelmében a betegség keletkezésében a toxikus tényező, a mikroorganizmusok e tényező miatt virulenssé válva, adják meg az infectiós betegség másik tényezőjét.

Ezt az álláspontot — bármily ellenszenvvel fogadta is azt az orvosi közvélemény egy része — (a bacteriumok variációjának lehetőségét ezúttal nem érintve) a constitutionalismus alapján állva, nem lehet a legkomolyabb figyelemre nem méltatni. A constitutiós anomáliák esetében a genetikai tényező unterwertig, s ezáltal az exogen tényezők, köztük a bacteriumok, a constitutióban a fajnak megfelelő ellenállásra nem találva, a szervi egyensúlyt még könnyebben és súlyosabb mértékben megzavarják.

A status thymico-lymphaticusra jellegzetes egyének az acut infectiók — különösen scarlatina és meningitis — által feltűnően veszélyeztetve vannak; a typhus abdominalis különösen szűk aortás, lymphaticus, chlorotikus egyéneknek rossz prognózisú; gyermekek különösen feltűnnek psychés izgatottságuk, álmatlanságuk, étvágytalanságuk által. Állítják, hogy hydropsos constitutio mellett a lues gyakoribb és súlyosabb lefolyású.

Az anaphylaxia Friedberger szerint az infectiónak acut és extrem alakja és a súlyos anaphylaxiás tünetek a tárgyalat constitutióknál gyakoriak.

A Moro-féle constitutiós túlérzékenység, „egyes, kivételes egyének congenitalis abnormis érzékenysége antigenek vagy egyszerű vegyi anyagok felvételekor“, egyjelentésű az idiosyncrasiával.

A tápanyagokkal, sőt a gyógyszerekkel szemben fennálló idiosyncrasiák sem lehet más, mint peroralis anaphylaxia; tünetei, különösen ha súlyosabbak, a súlyos anaphylaxiás tünetekkel egyezők. Az idiosyncrasiákkal bíró egyének gyakran látjuk a tárgyalat constitutiós syndromákat, s nem véletlen, ha valakin, a ki vagotoniás és hydropsos constitutióval bír, a ki asthma bronchiale-rohamokban szenved, földipeper szagára következetesen súlyos urticariát látunk jelentkezni.

Anaphylaxiás tünet a szénaláz is; Wolff-Eisner, minthogy a gyermekkorban nem jelentkezik s a 10., sőt 20. év után áll be, nem constitutiós eredetűnek, hanem szerzettnek nevezi. Azonban a késői megjelenés nem szól ellene annak, hogy evolutiós jellegű, öröklött constitutionalismus adja erre is a dispositiót.

Talán legnehezebben érthetők a neoplasmákra hajlamot adó constitutiók. A tapasztalati öröklékenység maga constitutiós eredetet bizonyít. Bartel a status thymico-lymphaticus képében a hypoplasziás constitutióra jellemzőnek írja le a fejlődési rendellenességeket és tumorokat; hivatkozik Billroth carcinomás diathesisére; másutt a központi idegrendszer daganatait említi, mint a jelzett kórkép kísérőit. Az úgynevezett kötőszöveti diathesis mellett kötőszöveti tumorok fejlődését említik és ismeretes az anatómiai torzképződések hajlama daganatokra. A dispositiót Preisz is hangsúlyozta az újképletek keletkezéséről most tartott Balassa-előadásában.

Az elmondottak szerint a constitutio anomáliái az össz-szervezetet oly mértékben érintik, hogy nehéz volna ezeket nem úgy tekinteni, mint az egész szervezet általános mindervértig-voltát a faj normalis típusával szemben; ezért sajnálja His, hogy a pathológiában győzött a localisatiós principium, a régi orvostudománnyal szemben, mely a testet egyes részeinek zavartalan correlatióitól függő egységnek tekintette.

Elismernem, hogy vannak önálló képet adó constitutiós anomáliák, de a legtöbb esetben mégis nem egy szervre, hanem az egész szervezetre vonatkozik az egyén fajánál alacsonyabb mértékű érvényesülése a létért való küzdelemben, mert egyetlen szerv constitutiós gyöngesége elég valamennyi correlatiójának súlyos megzavarására; különben maga Martius is ezeket az egyéneket „unterwertige Artabweichungen“ névvel illeti.

Arra a kérdésre, hogy a constitutiós anomáliák mint kifejezetten örökléses tulajdonságok a faj degenerációját alkalmasak-e előidézni, nem terjeszkedhetem ki. Martius-nak igazat kell adnunk abban, hogy minden a fajtól eltérő egyéni variatio, a mennyiben öröklött, constitutiós tulajdonság, akár minder-, akár überwertig legyen az, átöröklhető. Ha így van, a természetes kiválasztáson kívül a csíraplasmák amphimixisében fekszik a lehetősége annak, hogy a következő generációk fajilag de-, vagy regenerálódjanak. Semmivel sem bizonyítható, hogy a cultura haladása degenerálja az emberiséget, akár szellemileg, akár testileg. Alig hiszem, hogy az emberiség oly súlyos megpróbáltatásokat annyi ideig és oly testi és lelki energiával kibírt volna valaha, mint a milyenek a háború alattiak voltak. Maga a cultura azonban gyöngébb, mint az emberiség és nem tud lépést tartani az emberi energia kitarásával. A civilizált győztesek culturájának degenerációját látom abban, hogy orvosi, tudományos congressusokra az úgynevezett központi hatalmak tudósainak megjelenését megtiltják. A központi hatalmak orvosai nem fognak tönkremenni ebben a büntetésben, de vajjon a győztesek tudományos élete meg fogja-e bírni a meg nem hívottak hiányát? Mert a központi tudománytól való elzárkózás jogosságát csak akkor fogadhatnám el, ha egyszerre lemondanának mindenről, a mit valaha a központiaktól tanultak, nem oltanának diphtheria, tuberculosis ellen, nem használnák a Röntgen-sugarat, a salvársant s visszatérnének a szülészet és sebészet terén a Semmelweis előtti időkre, újra kezdve mindent, a mit a mult nyújtott, vagy legalább is mellőzve mindent, a mit a jövő nyújthat számukra a központiak részéről. S ha mégis felhasználják a kiátkozott tudósok munkájának eredményét, szellemi kincseit, miközben velük minden közösséget megtagadnak, ez éppen olyan rablás lesz, mint országok feldarabolása, népek kifosztása, a miben csak az a vigasztaló, hogy rablott kincsek buktatták meg Rómát.

Közlemény Budapest székesfőváros Szent István-kórházának bőrbeteg-osztályáról. (Főorvos: Poór Ferencz dr., egyet. magántanár.)

Adatok az ekzema oktanához.

Irta: Waller Sándor dr., alorvos.

A különböző bőrbajokat vizsgálva feltűnő, hogy mily sok közöttük a homályos vagy egyáltalában fel nem derített aetiologiájú kórforma. Ha ismerjük is sok bőrbetegség klinikumát és histológiai képét, igen sok esetben nélkülözzük a legfontosabb aetiologiai momentumokat, s így a therapiában is csak az empiriára vagyunk utalva. Ily betegség voltaképpen az ekzema is, melynek okát és lényegét illetőleg a legújabb biológiai kutatások sem adtak kielégítő választ. Ha tudjuk is, hogy az ekzemára praedestináló tényező a bőrnek kórosan fokozott érzékenysége, megváltozott reakcióképessége, azaz allergiájában rejlik, az ok, a mely ezt a praedispositiót, illetve allergiát előidézi, teljesen homályos.

Vizsgálták többek között ekzemákon a Wright-féle opsonin-indexet is és azt találták, hogy semminemű különbség sincs e tekintetben az ekzemások és egyéb bőrbetegségek között. A vizsgálatok kiterjedtek az agglutininekre, complementumokra

bakteriolysinekre is, de azok szintén negativ eredménnyel végeztek. (Bering és Enomoto, 1914.)

Nem célunk jelen közleményben a különböző kórképeket, melyeket a különböző szerzők az ekzema fogalma alá foglaltak, taglalni, s csak félreértések kiküszöbölése végett említjük meg, hogy nem foglalkozunk ezuttal sem a seborrhéus folyamatokkal (Unna-féle „ekzema“-seborrh.), sem a dysidrosissal, vagy az „ekzema marginatum“-mal, melyek nem tartoznak e fogalomkörbe.

A valóságos ekzema lényegét illetőleg hosszú ideig nem hogy egységes felfogás nem volt, hanem merőben ellentétes és éles felfogásbeli különbségek állottak egymással szemben. A legrégibb felfogás volt *Bazin* arthritismusa és *Hardy* diathesises teoriája; ezek ellen lépett fel annak idején *Hebra* és a bőrgyógyászat terén élvezett abszolút tekintélyével sokáig uralkodó felfogás is maradt teoriája. Elmélete értelmében az ekzema oly bőrbetegség, melyet bármikor és bármely egyénen mesterségesen is létre lehet hozni, vagyis azon elváltozás, melyet ma dermatitis artificialisnak nevezünk; ennek természetesen semmi köze az ekzemához, legfeljebb a kórkép morfológiai hasonlatossága révén a kényelmes „eczematisatio“ elnevezéssel illelhetjük. *Hebra* u. i. crotonolajnak bőrbé dörzsölésével létrehozott oly folyamatot, mely minden szakában hasonló az ekzemához, azonban voltaképpen mégsem valódi ekzema, mert lefolyása teljesen eltérő, azaz a külső ártalom eltávolításával a folyamat többnyire spontán gyógyul, ellentétben az igazi, constitutionális ekzemával, ahol a külső inger megszűnte sem vet gátat a folyamat haladásának.

Egy másik elmélet volt a neurogen, mely egyuttal szorosán összefügg a „reflex ekzema“ kérdésével. Ezen tannak lelkes védője *Auspitz* volt, kinek elméletét a bécsi iskola legnagyobb tekintélyei is elfogadták. Minthogy azonban ténybeli és megcáfolatlan érvekkel az „angioneurosis“ elmélet támogatható nem volt, mindinkább talaját veszítette, noha legujabban *Kreibich* ismét felkarolja. Szerinte a primaer göcz miatt a bőr vasomotoros systemája oly hypersensibilis, hogy a legkisebb külső inger elegendő, hogy ekzema jöjjön létre a köztakaró más helyein is. *Kreibich* szerint az ekzema is „angioneurosis.“

A francia iskola és a hozzá csatlakozó, felfogásban azonos angol és amerikai szerzők, a *Bazin-Hardy*-féle régi tételeknek, a tudomány haladásával modernizált felfogása alapján, a constitutionális diathesises elmélet hívei.

Ezen elmélet hívei és legfőbb képviselői a francziák részéről *Besnier*, *Brocq*, *Gaucher*, *Leloir* stb., az amerikaiak részéről *Dalton*, *Bulkley*, *Fischkin* stb.

Besnier szerint igen sok ember bőre külső ingerekre egyszerű dermatitis artificialissal felel, mely a külső behatás megszűntével meg is gyógyul. Más emberek bőre, s ezek éppen az ekzemas constitutiójúak, a minimalis külső ingerre az ekzema képét mutatja, t. i. a gyulladás nem fejlődik vissza, sőt a környezetben tovább terjed. Az ekzema szerinte diathesisen alapuló megbetegedés, melyet külső ingerek váltanak ki.

A bőrnek e sajátos hypersensibilitása, illetve allergiája szerinte lehet öröklött oly egyéneknél, kiknek szülei makacs bőrbajban szenvedtek (ekzema, prurigo, urticaria stb.), vagy később szerzett oly egyéneknél, kik anyagcsere-megbetegedésekben szenvednek (gyomor, bél, vese, máj stb.).

L. Brocq szerint az ekzema különböző kóros anyagcsere-termékek (autotoxinok) által létrehozott bőrreactio, melyet mindig valamely külső inger vált ki. A test különböző részein jelentkező elváltozások nem egyebek, mint az egész szervezet általános megbetegedésének részjelenségei, melyek a bőrre azért lokalizálódnak, mert az az ekzemas constitutió nál locus minoris resistentiae, míg a diatahíba az idegrendszeri elváltozások, a hűlés csak kiváltó momentumai az ekzemának.

Gaucher szerint az ekzema autointoxicatio, azonban kifejlődéséhez kiváltó ok is szükséges, mely külső ingerek alakjában jelentkezik. Ő már ajánlja az ekzémák diéta kezelését, alkáli bőséges adagolását, óva int oly tápszerektől,

melyek a béltractusban erjedést okozhatnak (N-tartalmú tápszerek és sok extractiv anyagot tartalmazó tápanyagok, sajt, kolbász stb.).

Leloir és *Bulkley* nagyjában hasonló véleményen van.

Dalton az ekzema okát a gyomor és bél savi reactiójában leli, ezért diatával és belső szerekkel kezeli az ekzemat. A diéta kezelés majdnem teljes húsmegvonásból, cukor és fűszerek elvonásából, a gyógyszeres kezelés főleg alkáli adagolásából áll.

Fischkin az ekzemáról szóló dolgozatában erősen polemizál a bécsi iskola felfogásával.

D. Bulkley az ekzema aetiologiájáról írt dolgozatában felöleli az egész ekzema-aetiológia irodalmát, meggyőződése, hogy az ekzema constitutionális megbetegedés, melyhez külső ingerek járulnak. A constitutio okai: öröklés, scrophulosis, arthritis, rheumatismus, dyspepsia, chlorosis, diabetes, nephritis.

Weidenfeld vizsgálatai szerint az ekzemas egyének bőre külső ingerekre valóban erősebben reagál, mint a normalis egyéneké és pedig a reactio acut ekzemasokon igen erős, chronikus esetekben kevésbé. A vizsgálatokat crotonolajhígításokkal végezte.

Török és *Róna* vizsgálatai is kimutatták, hogy normalis egyének bőrén egyszerű külső izgatása, vakarás, dörzsölés vagy más hasonló inger nem tud ekzemat előidézni, hanem legfeljebb csak lichenificatiót, ugyanez áll a scabies és a pediculosis okozta excoriatiókra, melyeket szintén helytelenül neveznek ekzémának, mert nem egyebek, mint artificialis bőrlobok.

Darier is kizárja azon eseteket, melyek mesterségesen létrehozhatók; ekzemának csak a sui generis ekzemat tartja, melyet dispositio mellett külső ingerek váltanak ki s a mely megbetegedés chronikus és recidiváló.

Megemlítsük méltónak tartjuk, hogy hazai dermatológusaink között is meg volt a felfogásbeli ellentét az ekzema lényegét illetőleg. Az 1868. évi egyik kir. Orvosegyesületi ülésen *Schwimmer* a bécsi, *Póór Imre* a francia iskola álláspontját védelmezte.

Ha tehát az ekzema nem csupán egyszerűen külső okok által feltételezett folyamat, magától értődik, hogy a külső kezelés mellett szükséges vagy hasznos lehet a belső is: a mi egyuttal visszatérést jelent a régi humoralpathológiához, a szigorúan külső kezeléssel szemben.

Ezen felfogásból kiindulva, már hosszú idő óta kísérletezünk a *Póór* magántanár vezetése alatt álló bőrbetegosztályon, kizárólagosan csak genuin ekzemasok gyomorvizsgálatával.

A vizsgálatok technikai és chemiai részét *Dieballa* magántanár belgyógyászati osztályán *Klein Alfréd* dr. orvos volt szíves végezni.

Az utolsó évben 27 genuin ekzemason végzett próbareggeli eredménye az, hogy 22 esetben hyperchlorhydria és hyperaciditas volt, 5 esetből az eredmény a normalistól alig eltérő. Egyénhány gyomorvizsgálat eredményét az alábbiakban közlöm:

F. M. 24 éves, szerelő, felvétetett 1919 szeptember 16.-án egy 3 hó óta fennálló, az arcra, a hajlatokra, a symphysis-tájra kiterjedő crustosus ekzemával. Gyomorvizsgálat eredménye: szabad HCl = 52, összaciditas 65.

K. E. 25 éves, munkás, szeptember 13.-án felv. mindkét alsó végtagra, az arcra, a hajlatos fejbőrre kiterjedő papulovesiculosus ekzemával. Szeptember 15.-én végzett próbareggeli eredménye: szabad HCl = 45, összaciditas 80.

B. H. 46 éves, festő, április 10.-én felv. az egész arcra, a nyakra és a végtagokra kiterjedő ekzemával. Április 11.-én próbareggeli eredménye: HCl = 65, összaciditas 80.

B. M. 19 éves, szabó, április 8.-án felvéve 1 év óta fennálló mindkét felső és alsó végtagra lokalizált papulosquamosus ekzemával. Április 9.-én végzett gyomorvizsgálat eredménye: szabad HCl = 35, összaciditas 54.

W. J. 30 éves, kereskedő, felv. október 12.-én hónapok óta fennálló kiterjedt ekzemával. Október 16.-án végzett gyomorvizsgálat eredménye: HCl = 35, összaciditas 40.

F. D. 27 éves, kereskedő, október 2.-án felvéve majdnem az egész köztakaróra kiterjedt ekzemával. Október 6.-án végzett próbareggeli-vizsgálat eredménye: HCl = 27, összaciditas 40.

B. K. zenész, 3 hó óta fennálló ekzémával. Vizsgálat eredménye: HCl = 35, összaciditás 46.

Cz. L. 32 éves, kalauz, az arcra, a mellkasra, valamint a végtagokra lokalizált ekzémával. Gyomorvizsgálat eredménye: HCl = 28, összaciditás 52.

Mint eseteinkben a gyomor functionalis vizsgálata nyilvánvalóvá tette, szinte következetesen mutatkozik a gyomor hyperaciditása és hyperchlorhydriája a genuin ekzema eseteiben. A régi szerzők közül *Poór Imre* 1870-ben 632 ekzémás beteg közül csak 9 esetet talált gastricismus nélkül, azonban természetesen pusztán klinikai tünetek alapján, mert akkor még nem állottak rendelkezésre a finomabb kémiai vizsgáló módszerek.

Természetesen még ezek után sem tekinthetjük eldöntöttnek, hogy vajon a gastricismus feltűnő sok esetben egyszerű kísérő tünete-e az ekzémának, avagy tulajdonképpen a korábbi elváltozás, melyet a bőrelváltozások csupán követnek és vajon a gyomor-elválasztás kóros működése-e az, mely a bőrsejtek physiologiai működését befolyásolja.

A gyomor functionalis eltérését, mint vizsgálataink mutatják, semmi esetre sem tekinthetjük esetleges társulásnak, hanem az ekzémával kétségtelen oki összefüggésben állónak.

Látjuk az ekzema társulását a legkülönbözőbb anyagcserebántalmakkal (nephritis, diabetes, arthritis); látjuk különösen a csecsemők ekzémájánál, hogy az étrend megváltoztatásával a betegség spontán gyógyulását érhetjük el (alimenteris ekzema); mindez az anyagcsereforgalom kóros megváltozásának régen elismert klinikai bizonyítéka.

Kíváncsi volna és szándékunk is e vizsgálatoknak nemcsak a jelzett irányban, hanem a bélsárvizsgálatokkal való kiegészítése, annál inkább, mivel a fontos kérdés eldöntéséhez nagyobb számú eset vizsgálata szükséges.

Irodalom. L. Brocq: La question des eczems, 1900. — Bulkley: New-York med. Journal, 1900. — Bering és Enomoto: Zur Aet. des Ekzems. Archiv f. Derm., 1914. — Cole: Ekzema und Pyodermia. Archiv f. Derm., 1913. — Kreibitz: Hautkrankheiten. — Poór Imre: Ekzema fogalma. Gyógyászat, 1870, 450. l. — Poór Ferencz: A testfelület kiterjedt ekzémái O. H., 1917, 13. szám. — Poór Ferencz: A dermatologia evolúciója a XIX. században hazánkban, 1913. — Weidenfeld: Zur Path. des Ekzems. Archiv f. Derm., 1912.

Egy pár szó az orvosi tanulmányi és szigorlati rend új tervezetéhez.

Irta: *Löte József* dr., kolozsvári egyetemi tanár.

Folyó évi február 26.-án délelőtt a négy magyar tudományegyetem orvosi karának képviselői a vallás- és közoktatásügyi minister meghívására értekezletre gyűltek a ministerium épületébe, hogy az orvosi tanulmányi és szigorlati rend megújításáról tanácskozzanak. *Tóth Lajos* dr. államtitkár vezette a tanácskozást. Az értekezlet megnyitása után az elnök a budapesti orvosi karnak a más három karhoz idejében megküldött munkálatait: a szigorlati szabályzat-tervezetet, meg a hozzátartozó emlékiratot ismeretesen nyilvánítván, felhívta a karok képviselőit a tervezet pontonkénti tárgyalására. A kolozsvári orvosi kar dékánja a kar nevében a tárgyalás elhalasztását kérte, mivel a mostani idő nem alkalmas egy ilyen nagyfontosságú dolog nyugodt elintézésére. Különben is a karnak még nem volt módjában ülésben foglalkozni a tervezettel, mert a kari tagok jelentékeny része máig sem jöhetett ki Kolozsvárról. Végül pedig szükségesnek tartja a kolozsvári kar dékánja, hogy a középoktatás megújítása megelőzze a szóban forgó tervezet megvalósítását. Tüzetes eszmecsere után teljesítette is az értekezlet a kolozsvári karnak ezt a kívánságát. Én magam személy szerint is az elhalasztás mellett szólaltam fel, mivel csak azelőtt két nappal jutott kezemhez a terjedelmes munkálat s egyszeri futólagos elolvasását nem tartottam ki-elégítő előkészületnek arra, hogy a kérdéshez csak hozzá is szóljak, nemhogy valami határozott álláspontra lépjek. Most azonban, hogy az elhalasztás megtörtént s az ügy érdeméhez méltó tanulmányozásra időt nyertem, szívesen kész vagyok eszmecsere a nyilvánosság előtt, hogy mindenki részt vehessen benne, a kinek mondanivalója van s kedve az elmondá-

sához. Előrebocsátom, hogy ezúttal nem szándékozom felölelni az egész nagy terjedelmű anyagot: egyelőre csak egy kis részecskéjét szeretném megbeszélés tárgyává tenni.

Általános érdekű voltánál fogva legalkalmasabbnak ígérkezik legelőbb való megbeszélésre az emlékirat 3. pontja, a mely a gyakorlati oktatás miként leendő végrehajtását tervezi. Ez azt mondja, hogy „... míg az intézetek dolgozó helyei, felszerelése, anyaga és a hallgatóság száma között a jelenlegi hátrányos viszony fennáll, szükséges, hogy a gyakorlatokon ne arra fektetessék a főszűly, hogy az orvosnövendék maga sajátkezűleg végezzen el minden műveletet, a mi nagyszámú hallgatóság esetén kivihetetlen, hanem arra, hogy minden fontosat, minden művelet vagy kísérlet végrehajtását közelről jól lássa és annak consequentiáit megértse. Miután az ily tanítás csak kisebb csoportokban lehetséges, szükséges a tanító segéd-személyzet nagyobb méretű szaporítása. Értjük ezalatt különösen az élettani, szövettani, vegytani és kórboncz-tani gyakorlatokat, a melyek az idők nyomása és a czélszerűség befolyása alatt máris részben átalakultak demonstratiókká.

Lehetőleg ragaszkodni szeretnénk azonban az egyéni begyakorláshoz ott, a hol bizonyos kézi ügyesség elsajátítása elengedhetetlen és csak az egyéni dolgozás útján szerezhető meg a kellő tájismeret, a milyenek első sorban a klinikai betegvizsgálat, a műtéttani, szemtükrészési stb. gyakorlatok és a bonczolástan.

Világos ebből a szövegezésből, hogy a tervezet az egyéni foglalkozást legsikeresebb módnak tartja a klinikai vizsgálatoknál, műtéteknél elengedhetetlen kézügyesség megszerzésére és az úgynevezett elméleti tárgyak gyakorlati tanulásánál is csak kénytelenségből nyugszik belé, hogy kisebb csoportokban tétlen szemlélő legyen a hallgatóság a cselekvő foglalkozás helyett.

Nagy örömmre szolgál, hogy erre a pontra nézve egy értelemben vagyok a budapesti orvosi kar felfogásával. Magam is azt tapasztaltam, hogy kísérleteknek és egyéb műveleteknek akármilyen világos és bő szemléltetése sem éri utól az egyéni foglalkozás ismerettrögzítő hatását. És ez természetes is, mert csak az egyéni munka igényli az ember teljes figyelmét s köti le egészen az érdeklődését. Ezt már magántanári működésem második felében észrevettem. Az első felében ugyanis a fertőző betegségek tanulmányozása rendén bacteriumtani műveleteket és készítményeket mutogattam annak az egy pár hallgatónak, a kik az előadásaimat példás szorgalommal látogatták. A II. felében ugyanazok az ifjak iratkoztak be hozzám, s a mikor a megelőző felében látottakra hivatkoztam, kissé csodálkozva tapasztaltam, hogy elfelejtették. Fordítottam hát a dolgon és a hallgatókkal magukkal csináltattam meg minden műveletet, megnézetvén rendre mindenkivel a sikerült és a nem sikerült készítményt. Nagy érdeklődés közt haladt így a munka és teljes sikerrel. Bezzeg megmaradtak az így szerzett ismeretek. De én sem felejtettem el a tanulságot. Attól fogva egész tanítói működésem alatt öntudatosan és tervszerűen igyekeztem a gyakorlati irány érvényesítésére az előadásaimban, a gyakorlatokon pedig magának az ifjúságnak egyénenként való foglalkoztatására. A hallgatók szívesen vállalkoztak és kellő vezetés alatt csakhamar belégyakorlódtak például az állatokon való kísérletezésbe. El is tudták mondani vizsgán a kísérlet véghezviteléről, töviről-hegyire, tudták, hogy mit miért tettek s megértették a kísérlet célját és jelentőségét. Az érdeklődés pedig olyan mértékű volt, hogy sokan még az ebédre is meg látszottak feledkezni. Sőt olyan is akadt, a ki azelőtt nem látogatta az előadásokat s mikor egyszer a gyakorlatokon megízlelte ezt a munkát, azontúl egyik legszorgalmasabb hallgatónk lett.

A gyakorlati foglalkozást a tanszék régi adjunctusa: *Konrádi* magántanár vezette s az ő szakavatott és odaadó munkájának kiváló része van az elért sikerben.

Mikor a gyógyszerismeretet tanítottam helyettesi minőségben, a gyakorlatokon azt az eljárást honosítottam meg az utóbbi években, hogy a gyógyszerész-növendék-tanulókkal vázlatos képeket rajzoltattam a növényi részekből előállított górcsővi készítményekről. Hasztalan mentegetődzött egyik-másik

növendék, hogy nem tud rajzolni. Ennek meg kellett lennie. Állhatatos biztatással, a szigorlat esetleges veszélyének felidézésével sikerült is majdnem kivétel nélkül rákapatni az ifjakat a rajzolásra. Akkori munkatársam, a tanszék ritka ügyeskező adjunktusa: *Jakabházy dr.* vezette a gyakorlatokat. A hallgatók szemellettára állította elő a tanulságos szép készítményeket a feldolgozandó anyagból. Megadta a szükséges magyarázatot hozzá, a fekete táblára hevenyében odavetett vázlatok segítségével. Azután következett a hallgatók munkája. A rajzoláshoz, természetesen, mentől jobb készítmény kellett. És sokszor megtörtént, hogy hallgatók készítményeit soroztuk be az intézeti gyűjteménybe pótlásul, vagy másodpéldányokul. A munka számbavételekor aztán nem azt néztük, hogy a készítmény szépen legyen bekeretezve, hanem hogy telik-e a rajzfűzet, megvan-e az ábrának egyéni jellege, megértette-e a tanuló a készítményt. A szigorlat is úgy történt, hogy az intézeti gyűjteményből kiadott és a vizsgálóbizottság szemellettára előállított készítményről vázolt rajzokon kellett számot adnia készülségéről a tanulónak. És ez a munka teljes nyugalommal és biztossággal ment azoknak, a kik szorgalmasok voltak a félév folyamán. Nem egyszer egész csinos rajzok készültek, a melyek a kormányképviselők figyelmét is magukra vonták.

E tapasztalatoknál fogva abban a véleményben vagyok: módját kell találni, hogy a gyakorlati oktatásban mentől nagyobb tér jusson az ifjúságnak az egyéni foglalkozásra minden szakmában. Ettől függ a siker. S ha nemcsak *újítani*, de *javítani* is akarunk, úgy kell megalkotnunk a tanulmányi rendet, hogy a siker biztosítva legyen.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1920 október 11.-én.)

Orvosi tárgyú volt a következő előadás: *Schaffer Károly* I. tag: *Az átöröklődő idegbajok általános kórszövettani jellemzése.*

Az átöröklődő rendszeres idegbántalmak klinikailag a hereditas, a familiaritas, a consanguinitas és a progressio által fajlagosan jellemzett kórformák. Ez alapon a tünetileg még oly különböző kórképek lényegi ismertető jegyeik tekintetében egyezvén, az összes heredodegenerációs kórformák kóros lényegükre nézve azonosak. Ezen lényegi azonosság alapján anatómiai tekintetben is azonos lényegi elváltozásra kell gondolnunk. A rendszeres átöröklődő idegbántalmak két főalakjának, a heveny és idősült formáknak összehasonlítása valójában azonos kórszövettani elváltozások felismerésére vezetett engem, melyek nem annyira egy a heredodegenerációra fajlagosan jellegző sejtelváltozásban, mint inkább a kórszövettani folyamatnak lényegi sajátosságában nyilvánulnak meg, mely utóbbi így fejezhető ki: *A heredodegeneratio anatómiailag a központi idegrendszernek fejlődéstaniilag meghatározott elváltozása.* Ezt bizonyítja mindenekelőtt az a legáltalánosabb vonás, mely szerint a heredodegeneratio csíralevelszerű betegség, a miből folyólag egyedül az ektodermális elemek (idegsejtek, idegrostok és neuroglia) betegszenek meg, míg a mesodermális képletek (hártyák és erek) bántatlanok maradnak. További fejlődéstani jelleget e folyamat azáltal nyer, hogy az ily módon megbetegedett központi idegrendszer a phylo- és ontogeniának megfelelő kieséseket tanúsít, a mennyiben mindenkor a fejlődési sorrendben legfiatalabb területek és rendszerek szenvednek akár a velőképződés gátlása, akár a velőelfajulás értelmében. A jelzett kórfolyamat lényegi jegye a *fejlődéstani válogatás* — *electivitas* —, mert kiválasztja az ektodermális elemeket és ennek a válogatós jellegnek fokozását jelenti az onto- és phylogenesis sorrendjében legfiatalabb pályáknak előrehaladó pusztulása.

E folyamat törvényszerű kiterjedést — *extensitást* — mutat, melyre nézve jellemző, hogy az a fejlődéstani szelvényeződésnek hódol s így észlelhető például egy a nagyagyra, a csüllőagyra, a gerinczagyra való kiterjedése a heredodegenerációnak; persze, ezek az alakok maguk között szövőd-

hetnek, illetve egyesítve lehetnek. Ezen az alapon megkülönböztethetünk: a) *tisztán szelvényes* átöröklődő idegbajt, minő például az ataxia heredo-cerebellaris; b) *szövődött szelvényes* alakot, mely előáll, ha a csüllőagyi ataxia heredocerebellaris a gerinczagy Friedrich-féle ataxia hereditariával egyesítetten van jelen; c) *minden szelvényre kiterjedő* az átöröklődő idegbajt, ha a nagyagykéregtől egészen a gerinczagy alsó végéig terjed le, mint azt a családi vakságos idiotaság csecsemőkori alakján látjuk.

A jelzett folyamat *lefolyásának időmértéke* (tempója) szempontjából heveny és idősült formákat különböztethetünk meg, melyek kórszövettanilag az idegsejtpuffadásnak fokaiban térnek el egymástól; míg ugyanis a heveny alakban (családi idiotaság) szertelen duzzadás mutatkozik, addig az idősült formában (ataxia heredocerebellaris) igen mérsékelt felfúvódás található, mely fokozatosan megy át az idegsejtelváltozásnak úgynevezett idősült alakjaiba, minők a sejtsugorodás, a sejtarányképződés, és mindez a fibrillás reczésnek ezüstözéssel kimutatható előrehaladó feldarabolódása, az úgynevezett *ezüstszemcsés elfajulás* kíséretében történik.

Fontos körülmény, hogy az ilyképpen kórszövettanilag megrajzolt folyamat hibás, úgynevezett subnormalis talajon fejlődik ki, mely mint ilyen a *megzavart*, illetve *gátolt kifejlődés jelei* által ismerhető fel, a melyek az *anatómiai elfajulási jelek* neve alatt foglalhatók össze. Ilyenek például az anthropoid barázdálódások, a szelvényes hypoplasiák, az ektodermális elemek fejlődési zavarai, végül a nagyagykéreg tektoniás rendellenességei.

A fentiekből kitűnik, hogy az átöröklődő családi idegbántalmak 1. *minőségileg* meg vannak határozva a fejlődéstani válogatás által, 2. *kiterjedésileg* — *extensive* — a fejlődéstani segmentációhoz hódolnak, 3. *intenzitásuk* tekintetében a sejtduzzadás fokával párvonalosan heveny, illetve idősült lefutásúak. Ez alapon a heredodegeneratio anatómiailag egy kvalitásos, egy extensitásos és egy intenzitásos determinans-tól függ; ezek közül a kvalitásos determinans adja meg a folyamat lényegi jegyét, míg az ex- és intenzitásos determinans a heredodegeneráció formák szerinti variációját tettelezi fel.

Közkórházi Orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1921 január 13.-án.)

Elnök: Haberern Jonatán Pál, majd Kubinyi Pál. Jegyző: Toldy Loránd.

Sárkány Géza: Kezdődő lábgangraena visszafejlesztése.

A Koga japán sebészorvos ajánlotta eljárással (400 cm³ konyhasó-oldat vagy Ringer-oldat bőr alá fecskendezése) elért eredményekről számol be. Két angiosclerosis eredésű kezdődő lábgangraena már 3–4 infusio után szemmel láthatólag javulni kezdett, a lábujjknak kékes-fekete elszíneződése lividdé, majd rózsaszínűvé vált, a duzzanat apadt, a végtag hidegsége alábbhagyott, a rendkívül kínzó, álmotrabló fájdalom fokozatosan enyhült, majd 24–29 folytatólagos befecskendezés után az art. tibialis post. és dorsalis pedis pulzálásának visszatérével teljes gyógyulás állott be. Az első esetben 6 hónap elmúltával a 72 éves férfibeteg teljesen panaszmentes és kifogástalanul munkabíró.

A másik arteriosclerosis eredésű hallux-gangraenánál (46 éves férfibeteg) már a harmadik konyhasós infusio után megindult a demarcatio, 23 folytatólagos infusio után pedig a végphalanxnak pincettával való eltávolítása után a folyamat megállapodott és a beteg teljesen meggyógyult. A negyedik esetben a lábgangraena kifejlődése traumás eredésű volt. 26 folytatólagos infusio után a collaterális keringés megjavulásával ebben az esetben is teljes gyógyulás következett be. A Wassermann-reactio mind a négy esetben negatív eredményt adott. A gyógyulási folyamat a vér viscositásának csökkenésétől feltételezett. Konyhasó-infúziók adása után ugyanis a vér viscositása csökken, a rendesen alacsonyabb vér-viscositás mellett pedig könnyebben fejlődik ki collaterális keringés. A circulatio javulásának megítélésére jól értékesíthető a

Moszkowicz-féle hyperaemiás kísérlet, mely abból áll, hogy az Esmarch-módszerével vértelenített végtagon a pólya eltávolítása után megfigyeljük a beálló reactiv hyperaemia fokát, idejét és kiterjedését. Kezelés előtt percek telnek el, míg a hyperaemia tökéletlenül kifejlődik, a gyógyulás előrehaladásával a hyperaemia kifejlődéséhez mind rövidebb időre van szükség, a hyperaemia intenzívebbé válik és nagyobb területre terjed.

Koffler Adolf: Saját betegségéből kifolyólag dicséri az eljárás jótékony hatását. Sajnos, rá nézve későn, mikor már az egyik lábszáran amputatio történt. Szép eredményeket vár a kezeléstől a belgyógyászat terén.

Manninger Vilmos: A világháború kitörése nemcsak megakasztotta a tudományos kutatást, hanem gyakorlati szempontból rendkívül fontosnak ígérkező eljárásokról is elterelte a figyelmet. Így a most bemutatott eljárást Koga 1913 február havában ismertette, ellenőrző vizsgálatok azonban ez ideig még hiányoznak. Koffler hívta fel a hozzászóló figyelmét az eljárásra, mely már az első kísérlet alkalmával Koga megfigyeléseit a legteljesebb mértékben beigazolta. Különösen a belorvosokhoz fordul azzal a kéréssel, hogy adott esetben a vér viscositásának változását az infusio hatására ellenőrizték, mert viscosimeter híján nem volt alkalmuk az eljárás elméleti alapjainak ellenőrzésére. Az a meggyőződése, hogy az indicatio jóval tágabbra vehető, mint azt Koga tette, a mennyiben a viscositás csökkentése célszerű volna oly esetekben is, mikor a sclerosisos folyamatot még csak a claudicatio intermittens árulja el.

Spiegel Béla: Ökölnyi perithelioma eltávolítása a pankreas fejéből.

A 26 éves nőt 1920 augusztus 27.-én vették fel a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályára. 1917 óta daganatot érez a hasában, azóta étvágytalan, az utóbbi időben meglehetősen gyakran görcsök jelentkeznek hasának bal felében. Sárgasága sohasem volt. Betegsége óta 15 kilót soványodott. Egyszer szült, gyermeke közvetlenül a szülés után meghalt.

A lesóványodott halvány nőbeteg mellkasi szervei épek. A jobb bordaív alatt a közép- és a medioclavicularis vonal között jókora ökölnyi, nagyrészt tömött, kemény tapintatú, de helyenként feszes-rugalmas, dudoros, egyenletlen felszíni térfogatnagyságú daganat tapintható, mely a légzési mozgásokat nem követi, alapja felett nem mozgatható; a Röntgen-vizsgálat szerint a daganat a duodenum patkójában foglal helyet. Műtét szeptember 26.-án (Pólya). A daganat retroperitonealisán a pankreas fejében foglalt helyet, előtte a duodenum leszálló szára vonul el. Ez utóbbit a daganatról az art. pankreatoduodenalis megsértése nélkül leválasztva, a daganat a pankreas állományából eltávolították. A kiirtott daganat 14 cm. hosszú, 10 cm. széles, 6 cm. magas. A kórszövettani vizsgálat szerint (Johan) perithelioma. A daganat eltávolítása után a vena portae 15 cm. hosszúságban, a vena cava inf. hatalmas törzse pedig 15 cm. hosszúságban szabadon fekszik. A beteg 1921 január 19.-én gyógyultan, panaszmentesen távozott. Jelenleg a 4. hónapban terhes.

Spiegel Béla: 20 év óta fennálló pankreas-cysta elgenyvedése.

Az 56 éves nőt 1920 szeptember 14.-én vették fel a Szent István-kórház III. sebészeti osztályára. Betegsége 20 évre nyúlik vissza, a midőn elvetélés után a hasában daganatot vett észre, a mely azóta állandóan fennáll. 3 hét előtt hasa erősen megpuffadt, azóta erős hasgörcsök, 3 nap óta szél- és székrekedés, egyszer hányt.

Az erősen leromlott nőbeteg hőmérséke 37.3°, pulsusa 96, nyelve szárazkás. A has erősen előredomborodó, feszes, az egész hasat a bordaívig felterjedő tompulat tölti ki, csupán jobboldalt alul van egy kis területen dobos kopogtatási hangot adó terület. Műtét szeptember 16.-án (Pólya). Median laparotomia. A hasüreget kitöltő tompulat nem egyéb, mint egy a bursa omentalis kitöltő pseudocysta, a melyet a lig. gastrocolicum át megnyitva, 6—8 liter híg geny ürül. A beteg teljesen jól érzi magát, jelenleg még egy körülbelül 5 cm. mély tisztán sarjadzó sebé van. Egy hét előtt borsónyi nagyságú pankreas-kő távozott a seben át.

Spiegel Béla: Ranula pancreatica; ulcus gastroenterostomiae.

A 32 éves férfit 1914 május havában ulcus duodeni miatt hátulsó gastroenteroanastomosist végeztek a Szent István-kórház III. sebészeti osztályán. Két évig teljesen jól érezte magát, azóta időnként részint az étkezéstől függet-

lenül jelentkező, részint az étkezéssel kapcsolatos gyomor-fájdalmi vannak, melyek miatt Pólya főorvos 1920 június 12.-én ulcus jejuni diagnosissal megoperálta. Az ulcus az anastomosis helyén látható. Minthogy a betegnek alacsony savértékei vannak és a pylorus átjárható, az anastomosist szétválasztja és a gyomor sebé elvarrásával és a béllumenek circularis egyesítésével a normalis physiologiai állapotot ismét helyreállítja. Műtét közben a pankreasban nagydínyi cysta látható, melyet megnyitva, belőle víztiszta folyadék ürül. Műtét után makacs pankreasfistula maradt vissza, mely több ízben begyógyult, majd ismét kifakadt. December 15.-én újból jelentkezik a hasában időnként mutakozó görcsös fájdalmak miatt. A pankreasipoly begyógyult, a műteti heg mögött kisökölnyi hullámzó térfogatnagyságú daganat tapintható. December 17.-én a daganat magától hirtelen eltűnt, azóta semmi nemű fájdalom nincs.

Spiegel Béla: Acut pancreatitis, cholecystitis calculosa.

A 32 éves nőt 1920 március 31.-én szállították be a Szent István-kórház III. sebészeti osztályára gyomor-átfűródás diagnosissal. Egy év óta időnként igen heves gyomorgörcsei vannak. Most 4 nap óta állandóan erős görcsöket érez a hasában, azóta széke nem volt, szelek nem mennek, egy ízben hányt. Sárgasága sohasem volt. 3-szor szült. Az elhízott nőbeteg hőmérséke 37° C, pulsusa 132, kishullámú, könnyen elnyomható; a nyelv szárazkás. A bőr és a sclerák subicterusosak. A mellkasi szervek épek, a has meteorismusos, nyomásra mindenütt érzékeny, legerősebben az epigastriumban és az epehólyag táján. Défense nincs. A májtompulat nem tűnt el. A hasban ütögetésre loccsanás nem váltható ki. A végbél üres. A vizeletben fehérje, cukor nincs, epefesték kimutatható.

Gangraenás cholecystitis, illetőleg pankreas-zsír necrosis diagnosissal a beteg megoperálta. Behatolás Mayo-Robson szerint a jobb oldali rectus rostjai között. A hasüregből vörhenyes, paradicsommártászerű exsudatum ürült, a nagy-csepleszen köles-kendermagnyi fakó fehér foltok láthatók. A lig. gastrocolicum át a bursa omentalisba hatolva, a duzzadt pankreas farki részletén körülbelül 5 cm. hosszú, ujjnyi széles, fakó sárgás-fehér folt látható. Cholecystectomy. Tamponade. A beteg május 1.-én gyógyultan hagyta el a kórházat. Távozása előtt az alimentaris glycosuriára való vizsgálat negatív volt.

Borsán Jenő: Férczkiszedő férfi húgyhólyagjában.

6 cm. hosszú, 12 mm. széles, 3 mm. vastag, egyik végén levágott hegygyel bíró, másik végén tompa, csontból álló idegen testet mutat be, mely tompa végén át van fúrva s e lyukba egy 3 cm. hosszú inkrusztált zsinedaráb van belekötve. A bemutatott idegen testet Pólya főorvos távolította el epicystotomia útján 1920 november 24.-én egy 23 éves szabósegéd húgyhólyagjából. Sima gyulladás. A beteg panaszai véres vizelezből és fájdalmakból állottak. Arról, hogy e tárgy miképp került a húgyhólyagjába, semmit sem akar tudni. Nyilvánvaló azonban, hogy onania céljából maga vezette be.

Borsán Jenő: Reszekált állkapocs pótlása drótsinellel.

Az 53 éves földműves több alsó molarisát orvos húzta ki két hónap előtt fájdalom miatt és mandibularis duzzanat miatt, de sem fájdalmi, sem a duzzanat nem szűntek meg. Felvételtkor a bal állcsont alatti s állcsonti táj duzzadt. A bal állkapocs-fél a II. praemolaristól hátrafelé foghíjas. A fogak helyét bűzös, lepedékkel fedett, felhányt szélű fekély foglalja el, mely a pófára is ráterjed, de a külső bőrt épen hagyja. Az állkapocs alatt kisalmányi, vele összekapaszkodott mirigy-csomag. Műtét 1920 december 17.-én (Pólya). A trigeminus H. és III. ágának vezetési anaesthesiája és a műteti terület körülfecskendése. A szájbéli daganatot az állkapocs testének bal felével s a vele összekapaszkodott mirigy-csomaggal egy darabban távolítják el. A nyálkahártya-hiányt egy a masseteren nyelezett négyszögletű bőrlebensnyel pótolják s ezzel a

száját teljesen elzárván, az állkapocs-csonkok két végében 1 cm.-rel a fűrészelés mögött egy-egy lyukat fúrnak. E lyukakon keresztül körülbelül 2 mm. vastag ólomdrótot úgy vezetnek át és a két csontvéget úgy rögzítik, hogy a metszőfogak teljes articulációba jutnak. A drótvégeket rövidre vágva s visszahajtva, az arc és nyak bőrébe teljesen zárják. Az áll alatti seb legmélyebb pontján draint vezetnek be és az arcra ejtett kis sebet át vékony draint visznek az állkapocs mögötti térbe is. Teljesen láztalan s egy öltés helyén keletkezett kicsiny, gyorsan gyógyuló fistulát leszámítva, sima és prima gyógyulás. A beteg jelenleg jól nyitja a száját, metszőfogainak távolsága nyitott száj mellett $3\frac{1}{2}$ cm. Az alsó metszőfogak a megfelelő felsők alatt állanak, csak kissé hátrább. A beteg azonban jól rág, nemcsak kenyeret, de puha húst is. A szájürben csekély váladék. A betegnek fogsort akarnak csináltatni s ha az meglesz és ha recidivamentes marad, a jelenlegi drótporthesis helyébe valami más állandó jellegű prothesist, esetleg csonttransplantatumot tétetnek.

Budai István: Az injectiók tályogokról.

Eredeti közleményeink során fog megjelenni.

Gerlóczy Zsigmond: Az injectiók tályogok leggyakrabban fertőző betegségben szenvedőkön támadnak, nemcsak azért, mert a fertőző betegek általában véve legtöbbször adnak okot arra, hogy az orvos subcutan injectiókkal juttassa a szervezetükbe a szükséges gyógyszert, hanem azért is, mert gyöngült szervezetük csökkent ellenálló ereje alkalmasabbá teszi őket ily tályogok fejlődésére. De e praemissák mellett is meggyőződése az, hogy a legtöbb esetben el lehet kerülni ily tályogok képződését, ha jól kiválasztjuk az injectio helyét és jó bőrredő emelésével valóban subcutan injectiót adunk. Gyógyszeres injectiókat csakis a felkar hajlító oldalán adjunk.

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

L. Bürgerstein: Schulhygiene. 4. Auflage. Verlag von B. G. Teubner, Leipzig-Berlin, 1921, 125 lap, 24 ábra.

Minden orvos, a ki közegészségügygel foglalkozik, ismeri a Weyl „Handbuch der Hygiene“-jéből Bürgerstein „Schulhygiene“ című kötetét. A szerző ezen nagy munkának kisebb kiadását is közrebocsátotta, melynek jelenlegi 4. kiadása még rövidebben és tömörebben foglalja össze az egész anyagot, mint eddigé, bár az ábrák felének kihagyásával is iparkodott a könyv terjedelmén és így előállítási árán könnyíteni. Mint tanárember elsősorban a tanítás hygienéjével foglalkozik és csak azután tér át a tanulók betegségeire és több kisebb fejezet után az iskolák építkezésére és berendezésére. Nézetem szerint még ezen beosztás sem végleges.

A munka legjobb része kétségtelenül ez az első rész; hasonlóképp igen jó az épületről szóló rész, míg a tanulók betegségeinek tárgyalása elárulja a nemorvost, a ki azonban bámulatosan beledolgozta magát. Az író mestere a rövid és tömör, helyenként túltömör előadásnak; a szövegbe iktatott számokkal utal a lapszámra is, a hol ugyanazon vagy rokontárggyal ismételt foglalkozik és pontos név- és tartalomjegyzéket mellékel. Magasröptű idealizmus, amely helyenként találó gúnnyal ostromozza a jelen elmaradottságát vagy nemtörődömségét, és őszinte nézetnyilvánítás megbecsülhetetlenné teszi ezen „kis“ Bürgersteint, úgy hogy orvos-nemorvos egyaránt haszonnal forgathatja. *Juba.*

Új könyvek.

M. H. Fischer: Infektionen der Mundhöhle und Allgemeinerkrankungen. Dresden, Th. Steinkopff. 5 m. — **H. Frey:** Der künstliche Pneumothorax. Wien, F. Deuticke. 12 m. — **W. Friboes:** Grundriss der Histopathologie der Hautkrankheiten. Leipzig, F. C. W. Vogel. 80 m. — **M. Zschiesche:** Die unspezifische Eiweißtherapie. Leipzig, W. Richter. 9 m. — **A. Schanz:** Die Lehre von den statischen Insuffizienzkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Insufficiencia vertebrae. Stuttgart, F. Enke. 10 m. — **A. Mayer:** Über Fortpflanzung vom Standpunkt des Frauenarztes. Tübingen, Laupp. 4.50 m. — **A. Friedländer:** Die Hypnose und die Hypno-Narkose. Stuttgart, F. Enke. 18 m. — **W. Gennerich:** Die Syphilis des Zentralnervensystems. Berlin, J. Springer. 56 m. — **L. Hofbauer:** Atmungs-Pathologie und Therapie. Berlin, J. Springer. 64 m.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az intravenásan adott hypertoniás oldatok hatására vonatkozó érdekes megfigyeléseket tett *Stejskal* tanár. Azt találta, hogy 12.5%-os szőlőcukor-oldat intravenás befecskendezése után a gyomron át bevitt jód kiválasztása a nyállal a rendes 5 percz helyett már 1 percz múlva megkezdődik; továbbá, hogy a bőr alá fecskendezett physiologiás konyhasó-oldat felszívódása sokkal gyorsabban megy végbe. Érdekes a következő tapasztalata is: egy beteg homloküreg-empyemájának kezelése végett 8 napon át naponként kapott az orrnyálkahártya érzéstelenítésére 20%-os cocainoldattal megnedvesített tampont az orrába, minden kedvezőtlen utóhatás nélkül; a mikor azonban intravenás cukorinfusio után 14 órával alkalmazták ugyanezt a tampont, súlyos cocain-mérgezés állott be, nyilván a cocain gyorsult felszívódása miatt. A nedváramlás a szövetek felől a vérbe hypertoniás cukor-oldat intravenás befecskendezése után tehát erősen fokozott; de nemcsak cukor-oldat, hanem 20%-os konyhasó-oldat, valamint 20%-os húgyanyag-oldat 20 cm³-ének intravenás befecskendezése után is kimutatható volt ez a fokozott áramlás. A cukor-oldat használata azonban előnyben részesítendő, mert nem terheli meg a vért nehezen kiküszöbölhető anyagokkal. A szerző később 25%-os cukor-oldatra tért át, a melyből 45 cm³-t fecskendezett be lassan a könyökhajlat gyűjtőerébe; körülbelül 50 kísérletet végzett így minden kellemetlenség nélkül; rázó hideg, glykosuria nem jelentkezett, csupán nagyon izgatott egyének hőmérséke emelkedett néha 37.5°-ig. Glykosuria esetében természetesen nem szabad adni a jelzett befecskendezéseket, ezenkívül cerebralis tünetekkel járó súlyos arteriosclerosis is ellenjavallja a használatukat. Gyógyítás céljából elsősorban olyan esetekben használta a szerző a cukor-oldat befecskendezését, a melyekben éppen exsudatio volt jelen. Így tüdővizényő több esetében kedvező eredménnyel, továbbá savós mellhártyazádmány eseteiben azzal az eredménnyel, hogy a friss exsudatum kibocsátása után nem ismétlődött az exsudatio. Egyes gyógyszerek (morphium, digitalis) hatásának gyorsítására is jó eredménnyel volt alkalmazható a cukor-infusio. A szerző ajánlására *Exner* tanár megkísérelte, nem lehetne-e ez eljárással a narcosist veszélytelenebbé és kevésbé kedvezőtlen utóhatásúvá tenni; azt találta, hogy 25%-os cukoroldat 40 cm³-ének a narcosis előtt 10 órával végzett intravenás befecskendezése esetén a narcosis aetherrel minden excitációs szak nélkül sikerült; a betegek még hosszas műtétek után is feltűnően gyorsan ébredtek fel, kellemetlen hatás (öklöndözés, hányás stb.) nem jelentkezett, továbbá sokkal kevesebb narcoticumra volt szükség. Az eljárással mindenesetre érdemes lesz foglalkozni a legkülönbözőbb szakmákban; a szemészetben és a dermatológiában való esetleges használhatóságára vonatkozólag már van is néhány megfigyelés (*Lauber, Pranter*). (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 4. szám.) Egy folytatólagos közlésében *Stejskal* megemlíti, hogy nagyfokú vérelszegényedéssel járó súlyos inanitiós állapotokban is ellenjavallt az említett kezelés. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 7. szám.)

Venereás betegségek.

A „mirion“ nevű új jodvegyülettel phärmakologiai vizsgálatokat végzett *A. Fröhlich* (Wien). A jodnak a syphilitis jelenségekre való hatását már régóta ismerjük. Az eddigi készítményekről és vegyületekről kivétel nélkül az állott, hogy megfelelő hatás elérésére mindig aránylag igen nagy mennyiségben kellett jodot a szervezetbe vinni. A „mirion“ nevű új összetételű vegyülettel aránytalanul kisebb mennyiségben kerül jod a szervezetbe. A szer, melyet *Benkö* dr. állított elő, ezidő szerint még ismeretlen összetételű, de a szerző megemlíti, hogy szerves jodvegyületről van szó, mely két komponensből van összetéve: primaer és secundaer vegyületről. Az új szer gyengén jodoformszagú, sárga, átlátszó folyadék, melynek gyengén savi a reakciója és rendkívül csekély a jód-tartalma (1.7%). A labilis készítményből gyengén oxydáló

anyagokra könnyen szabadul fel jód, mely azután jodaffinitású substantiákkal egyesül (keményítő, fehérje). Az activ jód tehát egyesülhet a fehérjetartalmú sejtrészekkel s therapiás hatást fejthet ki. A szerző véleménye szerint ez fölülte fontos különbség az eddig ismert jodkészítményekkel szemben, a melyekből a jód gyorsan és quantitative csak hatásosabb chemiai folyamatok útján tud lehasadni. Az új jodkészítményben az a haladás, hogy belőle molecularis jód igen könnyen és nagy mennyiségben a szervezetben belül hasad le, és pedig oly könnyen, hogy csakis a jód tartalmú magnak egy kolloidos anyagba való foglalása akadályozza meg, hogy a molecularis jód szabadvá válása idő előtt és túlviharosan ne menjen végbe. A Benkő-féle szer áránylag már igen kis adagokban is tudja a syphilitis börtüneteken az úgynevezett Herxheimer-féle reactiót kiváltani. Fröhlich ez alapon a mirion-t specifikus szernek tartja. A mirion egyébként nem mérges szer. Házi nyúl 50 cm³-t is eltűr károsodás nélkül. Resorptiója gyorsan megy végbe, szintúgy a kiválasztása is. A kiválasztás 24 óra alatt 45–59%-ot ér el. A subcutan vagy intravenásan adott mirionból jódot a normalis szervek csak igen kis mennyiségben tartanak vissza. Másként viselkednek azonban az állati és emberi syphilitis szövetei, a melyekben a szerző jelentékeny jód mennyiséget talált fölhalmozva. Kísérletei azt látszanak bizonyítani, hogy az összesen 25 cm³ mirion befecskendezése után excidált condyloma latumok körülbelül 78-szor több jódot tartalmaztak, mint a mennyi egyenletes elosztódással beléjük jutott volna. Ha ez így van, akkor bizonyos, hogy a syphilitis szövetei a mirion alkalmazásakor igen nagy jód mennyiséget foglalnak le, tehát valódi chemotherapiás határról van szó. (Wiener klin. Wochenschr., 1921, 10. sz.)

Klinikai vizsgálatokat végzett a Benkő-féle jodkészítménnyel J. Kyrle és H. Planner (Wien). A szerzők különösen kiemelik, hogy a bőr syphilitis kiütései a mirion-injectiók hatása alatt a Herxheimer-Jarisch-féle reactió tünetét mutatják. A szer véleményük szerint a syphilitis szervezetben provokálóló hat s talán mobilizálja is a virust a szövetekben. Ide tartozik a mirionnak az a hatása is, hogy olykor a seronegativ latens lues-esetekben a reactiót positivra fordítja. A szerzők szerint tehát úgy hat provokálóan, mint a salvarsan, illetőleg a kéneső. A klinikai vizsgálatok is azt látszanak bizonyítani, hogy a szervezetbe vitt aránylag igen csekély jód mennyiség (5 cm³-ben 0.1 jód) a legkedvezőbb kihasználás alá esik. A szerzők eddig 400 betegen próbálták ki a szert. Mérgező vagy egyéb káros hatást nem észleltek. Egy-egy adag (rendesen intramuscularisan adva) 5 cm³-ből áll s naponként vagy kétnaponként adható. Fájdalmat az injectiók alig okoznak s nyomukban jodismus nem jelentkezik. A szerzők az esetek zömében — eléggé sajnálatosan — kombinálták a szert salvarsannal, a mi a hatást némileg elhomályosítja. Kénesővel nem kombinálták a mirion-injectiókat, mert a kéneső katalysises hatását nem óhajtották összezavarni az alkalmasint ugyancsak ily módon működő mirion hatásával. Genitalis papulák eseteiben több ízben kizárólag csak miriont használtak. Ezek átlag csak 4 hét alatt és körülbelül 20 injectióra fejlődtek vissza, tehát eléggé lassan. Egy eset kivételével valamennyi mirionnal kezelt syphilitis-esetben a kúra végén positiv maradt a Wassermann-reactio. Igen szépen javultak a klinikai syphilitis tünetek, ha a miriont kombinálták salvarsannal. Mindezekből kiderül, hogy a szer talán új irányt jelöl ki a jódtherapiában, bár az eddigi klinikai vizsgálatok és tapasztalások nem tüntetnek föl oly nagy gyakorlati eredményt (tünetek lassú visszafejlődése, változatlan positiv Wassermann-reactio), mint azt az elmélet és a pharmacologiai adatok alapján elvárni lehetne. A szerzők vizsgálataikat még folytatják s további jó eredményeket érmelek. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 10. sz.) Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A catamin nevű új rühellenes szerrel, a mely lényegében kénből, zinkoxydból és a viszketést csillapító növényi anyagokból álló vaselines kenőcs, a berlini egyetem bőrbeteg-klinikáján nagyon jó eredménnyel kísérletezett Schirren. A

hatása gyors, nincs kellemetlen szaga, a fehérműt nem piszkítja, a bőrt nem izgatja. Használatmódja a következő: három egymástáni estén a beteg egész testét, különös tekintettel a praedilectió helyekre, bedörzsöli (gyermeknek 50, felnőtteknek 100 gramm kenőcs kell egy bedörzsölésre) s a negyedik napon szappanos fürdőt vesz; a fehérműtje természetesen fertőtlenítenendő. A scabies következményeképpen esetleg még megmaradt pyoderma, impetigo stb. egyenlő mennyiségű zink-olajjal elegyített vagy tiszta ungu. sulfur. rubr.-mal való kezelésre hamar meggyógyul. (Therap. Halbmonatshefte, 1921, 2. füzet.)

Intertrigo és más gyermekkori bőrbajok ellen Behm nagyon jó eredménnyel használja a formalin-aethert (3–5%-os vizes formalin-oldat azonos mennyiségű aetherrel). A kóros terület naponként egyszer érintendő meg ezzel az oldattal; utána valami hintőpor (vasenol) használandó. (Therap. Halbmonatshefte, 1921, 2. füzet.)

Vegyes hírek.

A kötelező és önkéntes betegségi biztosítási bérhatárt a m. kir. ministerium március 16.-án kelt rendeletével évenkénti 48.000 koronában, illetőleg naponkénti 160 koronában állapította meg. E rendelet április 18.-án lép hatályba.

A Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete április 7.-én este 7 órakor tartja II. rendes közgyűlését a belgyógyászati diagnostikai klinika tantermében (Szentkirályi-utca 46).

A német dermatologiai társulat 12. congressusát pünkösdkor tartja Hamburgban. Referatumra a következő két tárgyat tűzték ki: 1. Liqueur és syphilis (ref. Nonne, Kyrle, Sachs és Kafka). 2. A bőr- és nemibajok kezelése a szervezet mosásával és nem-specifikus anyagok perenteralis bevitelével (ref. Weichardt, Klingmüller, Linser és Müller).

Személyi hírek külföldről. G. Stricker dr.-t a würzburgi egyetemen az orvostörténet tanárává nevezték ki. — O. Herwig utódjává a berlini egyetemen H. Braus heidelbergi tanárt szemelték ki.

Meghalt. G. Gürtner, az általános és kísérletező kórtan rendkívüli tanára a bécsi egyetemen, 63 éves korában. — Sir Felix Semon, az ismert laryngologus, 72 éves korában március 1.-én Londonban.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből. Fein eszközt szerkesztett, a melylyel az orrüreg hátulról előre irányuló áramlással öblíthető; az elülről való öblítés ugyanis veszélyezteti a fület és az orr váladékát is csak hiányosan takarítja ki. (Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1921, február 11.) — A Steinach-műtétnek Hotz szerint három esetben tett tapasztalata szerint csak suggestiv értéke van; hivatkozik egyébként Burckhardt és Socin egy régebbi dolgozatára (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1902), melyben vasotomia 300 esetéről van szó; ezek a szerzők nemcsak hogy megfiatalodást nem tudtak megállapítani a műtét után, hanem ellenkezőleg sokszor látták az operáltaknak gyors megöregedését. (Schweizer Arch. f. Neurol., 7. kötet, 2. füzet.) — Nonnenbruch és Szyska szerint az euphyllin és más aminok tetemesen gyorsítják a vér megalvasását; 0.48 gramm euphyllin intravenás befecskendezése után haemoptoe több esetében jó eredményt láttak. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 134. kötet, 3. és 4. füzet.)

Külföldi orvosi lapokra való előfizetést

eredeti árakon vállal:

„Petőfi” Trodalmi Vállalat

Budapest, VII., Kertész-utca 16.

LIGET-SANATORIUM NŐGYÓGYÁSZATI VI., Nagy János-u. 47

FIZIKOTERAPIÁS GYÓGYINTÉZETE.

Conservatív kezelés: THERMOPENETRATIO.

Hőlég- és fürdőkúrák.

Főorvos: Dr. Cukor Miklós.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13–15. Telefon: József 52–29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőnőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevelet-ügyben szolgál.

Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest V., Nagykorona-u. 32. Telefon 87-73

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásai

Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénasavas fürdők, vizgyógyintézet pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár. Inhalatorium: dr. Tóvölgyi Elemér, egyet. m. tanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121-02.

Orthopaedia, gyermektorna, medico-mechanikai (Zander) termék, vizgyógyintézet a **Dr. PAJOR-Sanatoriumban** Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.

ISTVÁN-ÚTI COTTAGE-SANATORIUM BUDAPEST, HUNGÁRIK KÖRÚT 9. (István-út végén.) Sebészet, szülészeti és nőgyógyászat, ideg- és belgyógyászat. Orthopaediai és physikalisk gyógymódok osztálya. Vizgyógyintézet. Röntgen-laboratorium. Hízó- és soványító kúrák. Telefon: József 95-08 és József 42-13.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Mindenemű physikalisk gyógyító eljárás a néhai **Zander-gyógyintézetben.** Gyermektorna, Testgyejesítés, Soványítás. Igazgató-tulajdonosok: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilt Paula, Dr. Mandler Ottó. IV., Semmelweis-u. 2. Telefon: József 4-12. Két lift

PÁLYÁZATOK.

152/1921. ált. szám.

A vezetésem alatt lévő közkórházban üresedésben lévő szemész-főorvosi állásra a pályázatot újból kiírom.

Az állás ezidőszori javadalmazása 2600 korona fizetés, 800 korona lakáspénz, a törvényes korpótlék, drágasági és háborús segély. A kinevezés élethossziglan tart s az állás nyugdíjjal egybekötött.

Szakképzettségüket s eddigi működésüket igazoló, hivatalos állásban lévő pályázók pályázatukat hivatalvezetőjük útján, törzslap melléklésével, nem hivatalos állásban lévők rövid életrással Somogy-megye főispánjához, méltóságos *Sárközy György* úrhoz címezve 1921 évi április 14.-éig a közkórház igazgatóságának nyújtásuk be.

Kaposvár, 1921 márczius 14.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató.

307/1921. ikt. sz.

Békésvármegye közkórházának elmeorvóosztályán áthelyezés folytán egy alorvosi és két segédorvosi állás üresedett meg, ezen állások betöltésére pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánó orvos urak sziveskedjenek kérvényüket méltóságos *Egan Imre* dr. Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám folyó évi április hó 6.-áig beküldeni.

Javadalmazás: az alorvosi állásnál évi 2000 korona fizetés és 400 korona osztálypótlék, a segédorvosi állásoknál pedig évi 1400 korona fizetés és 400 korona osztálypótlék, megfelelő háborús és drágasági segély, I. osztályú ellátás szeszes ital nélkül.

Előnyben részesülnek azon orvosok, a kik a kötelező kórházi gyakorlati évet már eltöltötték.

Gyula, 1921 márczius 15.

Békésvármegye közkórházának igazgatója.

Tabl. Ferri protoxal. sine et c. ars. Deér

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszer-tárban kapható. A készítő

„Jó Pásztor” gyógyszer-tár, Budapest, IX. Ráday-u. 18

Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriologiai festékeket.

Dr. PÁPAY

Himlőnyirok

Dysenteria-szérum

Orvosi diagnosztikai laboratorium

FORMAMINT

szaktekintélyek által ajánlott

desinficiens

a száj- és garattüreg desinficiálására.

Több mint 10.000 orvos által kitűnően véleményezve.

A desinficiáló torokvizeknek hatásos helyettesítője, nem izgat, kellemes ízű.

Irodalommal és mintákkal készséggel szolgál

a főraktár Magyarországon részére:

Dr. Rosenberg Sándor

Budapest, VIII., József-körút 2.

BAUER & Cie., BERLIN SW 48.

A therapiában fontos és bevált gyógyszerek.

Maltocol: tüdőbántalmakban kiváló guajacol-maláta készítmény.

Giykomaltin: ideget erősít, testet táplál. Glycerophosphat és Kola száraz malátában.

Maltosucco: csecsemőknek malátaleves

Maltnutrin: vegyítiszta maláta; hízlalásra, szoptatóknak.

Combinatiói:

Arsomaltin, Calcimaltin, Chinomaltin, Ferromaltin, Jodomaltin.

MARBERGER GYULA orvosgyógyszerészeti laboratorium **UJPEST.**

TETRA Részvénytársaság

Budapest, IV., Gizella-tér 3. Tel. 105-82.



Gyárt higiénikus fehérneműeket, úgymint:

„Tetra”
pelenkát,
csecsemőkeletengyét,
férfi-, női- és gyermekfürdőköpenyt,
lepedőt,
törülközőt,
mosdókeztőt,
ideál orvópepólyát.

Kicsinyben kapható az előkelő fehérnemű- és egészségügyi üzletekben.

- FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.T. VI., TERÉZ-KÖRÚT 31. TELEFON 20-19